LOS SEGUROS DE PERSONAS

MARCELO NASSER OLEA

THOMSON REUTERS

LOS SEGUROS DE PERSONAS
© Marcelo Nasser Olea
2018 Legal Publishing Chile • Miraflores 383, piso 10, Santiago, Chile • Teléfono: 25105000 • www.thomsonreuters.cl
Registro de Propiedad Intelectual Nº xxx.xxx • I.S.B.N. 978 - 956 - 346 - xxx - x
1ª edición junio 2018 Legal Publishing Chile
Tiraje: xxx ejemplares
Impresores: CyC Impresores - San Francisco 1434, Santiago
IMPRESO EN CHILE / PRINTED IN CHILE

ADVERTENCIA

La Ley Nº 17.336 sobre Propiedad Intelectual prohíbe el uso no exceptuado de obras protegidas sin la autorización expresa de los titulares de los derechos de autor. El fotocopiado o reproducción por cualquier otro medio o procedimiento, de la presente publicación, queda expresamente prohibido. Usos infractores pueden constituir delito.

Índice

Página

Tabla de abreviaturas y acrónimos más utilizados XXI
Prólogo 1
Introducción 7

Capítulo I
Introducción histórico-técnica a los seguros de personas

1. Los seguros de personas. Generalidades 11
2. Concepto legal 12
3. Crítica al concepto legal 13
4. El seguro de vida en un contexto nacional: Explicaciones sobre su desarrollo tardío 14
5. Las primeras compañías de seguros sobre la vida: La experiencia del régimen tontinario en Chile y Latinoamérica 20
6. Primeros seguros de vida en Chile y Latinoamérica: Asociaciones tontinarias sobre la vida 23
7. Prohibición (relativa) del régimen tontinario en Chile 27
8. El seguro de personas en Chile en el siglo XX 28

Página

9. La causa o motivo que induce al acto o contrato en el contrato de seguro de fallecimiento y la llamada "doble función" del seguro de vida: Relación con la bilateralidad del contrato 30
10. Masividad del seguro de fallecimiento y su importancia para el crédito 35
11. Necesidad de una adecuada tarificación sobre la base de tablas de mortalidad y de una adecuada reserva técnica 36
12. La reserva en la legislación actual: Clasificación de las reservas técnicas y la importancia de la reserva matemática en los seguros de personas 37
13. Clasificación legal de las reservas técnicas y su importancia en los seguros de personas 39
14. Tablas de mortalidad oficiales. Obligatoriedad (relativa) de su uso en seguros de riesgos no previsionales 41
15. Obligación de no gravar la reserva técnica 43
16. El patrimonio de riesgo y el margen de solvencia de la compañía 44

Capítulo II
Los seguros de personas

17. Concepto legal de seguros de personas y su regulación en el Código de Comercio 47
18. Los sujetos y las partes en los contratos de seguro de personas 48
19. Sujetos del contrato de seguro de personas en particular 51
    19.1. Primer sujeto del contrato de seguro de personas: El contratante o tomador 52
    19.2. Capacidad del contratante 53

Página

19.3. Requisito legal para contratar todo seguro de personas: El interés 55
19.4. Contratación del seguro de personas a nombre propio, a nombre de un tercero, por cuenta propia y por cuenta ajena: Problema de esta distinción en algunos seguros de personas 55
20. SEGUNDO SUJETO DEL CONTRATO DE SEGURO DE PERSONAS: EL ASEGURADO (Y SU DETERMINACIÓN) 59
20.1. El asegurado de fallecimiento: Particularidades 59
20.2. Los llamados "asegurados adicionales" o "dependientes" 61
20.3. Sólo las personas naturales pueden ser asegurados en los seguros de personas. Problema de esta regla en el seguro de personas de coberturas patrimoniales 62
20.4. El caso del asegurado menor de edad y otros asegurados incapaces 63
21. TERCER SUJETO DEL CONTRATO DE SEGURO DE PERSONAS: EL BENEFICIARIO 64
21.1. La designación de beneficiario 65
21.2. La designación en testamento no necesita ser comunicada al asegurador 65
21.3. Designación y determinación del beneficiario. Problema con la consensualidad 67
21.4. ¿La designación de beneficiario es pura y simple o admite modalidades? 68
21.5. La designación de beneficiario es un derecho del contratante 69
21.6. Designación de una persona jurídica como beneficiario 71
22. NATURALEZA DE LA OBLIGACIÓN QUE CEDE A FAVOR DEL TERCERO BENEFICIARIO (O NATURALEZA DEL DERECHO DEL TERCERO BENEFICIARIO). EL PROBLEMA DE LA CONDICIONALIDAD DE LA OBLIGACIÓN 72

Página

23. CALIDAD INDEMNIZATORIA DE LA OBLIGACIÓN QUE CEDE A FAVOR DEL BENEFICIARIO EN LOS DISTINTOS SEGUROS DE PERSONAS 74
a) En el seguro de vida 74
b) En los seguros de accidentes personales 75
c) En los demás seguros de personas 76
24. LA FALTA DE BENEFICIARIOS O DE REGLAS PARA SU DETERMINACIÓN. ¿A QUÉ HEREDEROS DEBE ENTENDERSE HECHA LA DETERMINACIÓN SUPLETORIA DE BENEFICIARIOS DEL ARTÍCULO 593 INCISO 2º CCOM? 77
24.1. Caso en que no hay beneficiarios porque éste o éstos premurieron al siniestro y no hay sustitutos 79
24.2. Caso en que simplemente no se designó nunca un beneficiario ni se establecieron reglas para su determinación 80
25. LOS BENEFICIARIOS QUE SEAN HEREDEROS CONSERVARÁN DICHA CONDICIÓN, AUNQUE REPUDIEN LA HERENCIA: ALCANCE DE ESTA DISPOSICIÓN 82
26. LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO CONTENIDA EN UN TESTAMENTO NO ES UNA "ASIGNACIÓN TESTAMENTARIA" 83
27. EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN AL ACREEDOR PUTATIVO 83
28. LA DESIGNACIÓN DEL "CÓNYUGE" COMO BENEFICIARIO 85
28.1. Situación en caso de nulidad y de divorcio 86
28.2. Vacío legal en relación con el acuerdo de unión civil 87
29. PLURALIDAD DE BENEFICIARIOS. REFERENCIA A LAS CUOTAS HEREDITARIAS Y DERECHO DE ACRECER 88
29.1. Derecho de acrecer cuando hay pluralidad de beneficiarios 89
30. REVOCACIÓN DEL BENEFICIARIO EN LOS SEGUROS DE PERSONAS 90
31. DERECHOS DEL BENEFICIARIO Y, PRIMERAMENTE, DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO 91

Página

a) Momento en que el beneficiario adquiere su derecho a la indemnización 92
b) Forma en que debe pagarse la indemnización 93
i) En el seguro de vida 94
ii) En el seguro de renta vitalicia 94
iii) En el seguro de accidentes personales 94
iv) En el seguro de salud 94
32. El derecho de rescate en el seguro de vida no es un derecho del beneficiario, sino del contratante 95
33. Cuarto sujeto (y parte) del contrato de seguro: El asegurador de personas 95
34. Resguardos legales relativos a los aseguradores de personas. Probidad y solvencia 96
35. Existencia societaria de las compañías de seguro 100
36. Establecimiento de compañías extranjeras y de agencias o sucursales 101
37. Giro exclusivo y actividades afines o complementarias 102
38. El capital 103
39. Límite máximo de endeudamiento 103
40. Reservas 104
41. Formación del consentimiento en los seguros de personas 104
42. Solemnidad especial de la renta vitalicia del D.L. Nº 3.500 105
43. Solemnidad especial del artículo 589 inciso 2º CCOM 105
44. Solemnidad especial del SOAP 106
45. Deberes precontractuales de las partes del contrato de seguro 107

Página

46. Deber de información previa del asegurador (artículo 514 CCOM) 107
47. Declaración sobre el estado del riesgo (artículos 524 Nº 1 y 525 CCOM) 109
47.1. Declaración guiada por cuestionario. Un derecho del asegurador, una carga del asegurado 109
47.2. Efectos de no solicitar información o solicitarla de manera insuficiente 111
47.3. Qué es lo que debe informarse al responder el cuestionario. Extensión de esta obligación no sólo a las dolencias diagnosticadas médicamente 111
47.4. Situación particular de los seguros de personas: Solicitud de exámenes de salud 114
47.5. Efectos de una respuesta errónea, reticente o dolosa al cuestionario planteado por el asegurador 114
a) Si el siniestro no se ha producido 115
b) Situación una vez ocurrido un siniestro 116
48. Indisputabilidad 117
49. Inexcusabilidad y dolo 118
49.1. Prueba del dolo 119
50. Contratación e intermediación de los seguros de personas 120
51. Contratación directa de un seguro de personas 121
52. Responsabilidad del asegurador por los seguros en los que él mismo intermedie 122
53. Intermediación por agentes de venta 123
54. Intermediación de rentas vitalicias previsionales del D.L. Nº 3.500. Agentes de venta de rentas vitalicias y asesores previsionales 124
54.1. Pagos a intermediarios de rentas vitalicias 126
54.2. Prohibición de ofrecer y dar beneficios en la intermediación de rentas vitalicias previsionales 127

Página

a) Situación de las AFP: Prohibición absoluta de ofrecer u otorgar incentivos para obtener la contratación de una modalidad de pensión 129
b) Situación de las compañías de seguros: Prohibición para obtener la contratación de la renta vitalicia 130
54.3. Prohibición de "promoción" en la intermediación de las rentas vitalicias previsionales 132
a) Beneficios que puedan calificarse como "promoción" 133
b) Beneficios asociados a una renta vitalicia como "comunicación promocional" 133
55. INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS DE PERSONAS POR CORREDORES DE SEGUROS 134
55.1. Naturaleza jurídica de la intermediación por corredor 135
55.2. Requisitos para ser corredor 136
55.3. Deberes del corredor de seguros 137
55.4. Prohibiciones especiales a los corredores de seguros 140
55.5. Prohibición general a los corredores de ofrecer y de otorgar beneficios 140
55.6. Cobro de comisiones y deberes de información en la intermediación de los seguros de personas 141
55.7. Responsabilidad legal del corredor en los seguros de personas 142
56. REGULACIÓN DEL SEGURO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS Y TELEFÓNICO. CONTRATOS DE SEGURO "A DISTANCIA" Y CONTRATO DE "SEGURO TELEFÓNICO" 142
56.1. Seguros por internet y seguros telefónicos. Formación del consentimiento y diferencias fundamentales 143
56.2. Contratación por internet, contratación telefónica y consensualidad del seguro 147

Página

56.3. Análisis especial relativo a la contratación telefónica 148
56.4. ¿Son consensuales o solemnes los seguros contratados a distancia? 149
56.5. Forma de entregarse la "información previa" en los seguros por internet. NCG Nº 171 150
56.6. Liberación de la obligación del artículo 514 CCOM en los seguros telefónicos. Verbalización previa de los "requisitos de información previa al contrato" (Circular Nº 2.148, párrafo III) 151
56.7. Requisitos de información previa establecidos por la SVS (hoy CMF) en la contratación a distancia y su legalidad. Relación con la normativa de consumo 153
56.8. Facultad del contratante o del asegurado para retractarse: Aplicación al seguro por internet y al seguro telefónico 156
56.9. ¿Quién puede retractarse? 156
56.10. Plazo para el retracto 156
56.11. El derecho de retracto del seguro no puede limitarse como sí se permite en el artículo 3º bis letra b) de la LPDC 158
56.12. En el retracto del seguro a distancia rige la obligación de remitir la confirmación escrita del artículo 12 A de la LPDC 158
56.13. Forma del retracto 159
56.14. Requisitos del retracto 159
56.15. Devolución de una parte o de toda la prima pagada 160
56.16. Plazo para la devolución de la prima 160
56.17. La información promocional forma parte de la documentación que debe enviarse, pues forma parte del contrato 161
57. PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS SENSIBLES EN EL CASO DE EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD 161

Página

57.1. Caso de los datos personales recolectados por el asegurador en uso de su derecho a requerir información sobre el estado del riesgo 162
57.2. Situación de los datos sensibles y de los datos de menores de edad 164
57.3. Mandatos para tratamiento de datos 165
57.4. El caso de la privacidad en los seguros asociados a pensiones o rentas vitalicias 166
58. LOS SEGUROS COLECTIVOS 167
58.1. El certificado de cobertura y su contenido 171
58.2. Responsabilidad del tomador del seguro colectivo 172
58.3. Otras obligaciones del tomador y derecho a modificar el contrato 173
59. LA PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO DE PERSONAS 173
59.1. Prohibición de alegar error de hecho al asegurador desde el momento en que emite la póliza 175
60. OBLIGACIONES Y CARGAS EMANADAS DEL CONTRATO DE SEGURO 176
60.1. Compendio de las obligaciones y cargas del contratante y/o del asegurado en los seguros de personas 178
61. REQUISITOS O ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE SEGUROS DE PERSONAS Y DIFERENCIAS CON LOS SEGUROS DE DAÑOS 180
62. EL RIESGO ASEGURADO EN LOS SEGUROS DE PERSONAS 180
62.1. Efecto legal de la falta o insuficiencia de la determinación del riesgo 182
63. ESTIPULACIÓN DE UNA PRIMA 184
63.1. La prima puede consistir en dinero, en especies o en un hecho estimable en dinero 185
63.2. Momento y lugar del pago de la prima 186
63.3. Proporcionalidad de la prima en el régimen de la Ley Nº 20.667 187

Página

63.4. Casos en que es lícito retener la prima no devengada 189
63.5. Efectos del no pago de la prima 189
63.6. Clases de prima 190
64. La obligación de indemnizar en los seguros de personas 193
64.1. Obligación de indemnizar en caso de pluralidad de causas del siniestro 196
64.2. Obligación de indemnizar siniestros iniciados durante la vigencia de un seguro de personas, pero que continúan una vez expirada la cobertura (artículo 532 CCOM) 196
64.3. Presunción de cobertura. Efecto 197
65. Interés asegurable: Esencialidad de su concurrencia en los seguros de personas 198
65.1. Momento en que debe concurrir el interés 200
65.2. Formas en que puede concurrir el interés 200
65.3. El interés asegurable en el seguro de fallecimiento respecto de menores de edad y de "incapacitados" 202
65.4. Interés asegurable entre empleadores y empleados 203
65.5. Prohibición de contratar seguros en contravención a las disposiciones sobre interés 204
65.6. Contravención a las reglas sobre interés asegurable. Nulidad absoluta 205
65.7. Legitimación activa en la acción de nulidad 206
65.8. *Nemo auditur* respecto del que sabía o debía conocer el vicio 207
65.9. Si el asegurador contrató de buena fe un seguro de fallecimiento sobre la cabeza de un incapaz que no sea menor de edad, sí puede pedir la nulidad 208
65.10. Aplicación del *nemo auditur* incluso en el caso de de seguros colectivos y de los intermediados por corredor 209
65.11. Efectos de la declaración de nulidad 209

Página

65.12. Saneamiento y prescripción de la acción de nulidad 210
65.13. Presunción de interés asegurable 210
66. DIFERENCIAS DE LOS SEGUROS DE PERSONAS CON LOS SEGUROS DE DAÑOS MÁS ALLÁ DEL INTERÉS ASEGURABLE 211
66.1. Riesgo y valoración de la "materia asegurada" 211
66.2. Principio de indemnización 212
66.3. Subrogación 213
66.4. Inaplicabilidad de las reglas sobre agravación (salvo al seguro de accidentes personales) 216
67. LA IMPERATIVIDAD EN LOS SEGUROS DE PERSONAS: TODOS LOS SEGUROS DE PERSONAS SE RIGEN POR LA PROTECCIÓN GENERAL DE LA IMPERATIVIDAD NORMATIVA 216
67.1. Las excepciones a la imperatividad sólo se aplican a los seguros de personas cuando favorecen al contratante, asegurado o beneficiario, o bien si la ley lo determina 219
67.2. Efectos de la incorporación de cláusulas que violenten la imperatividad 220
68. LA TERMINACIÓN DEL SEGURO DE PERSONAS 220
68.1. Terminación del seguro de personas por extinción sobreviniente de los riesgos 221
68.2. Terminación del seguro de personas por cesación del interés asegurable durante la vigencia del seguro 222
68.3. Terminación del seguro de personas por la llegada del plazo 222
68.4. Las renovaciones 223
68.5. Terminación por cumplimiento de la edad máxima de permanencia 224
68.6. Terminación del seguro de vida por rescate total de la cuenta única de inversión en los seguros que la contengan 225

Página

68.7. Terminación del contrato de seguro de personas por la declaración judicial de nulidad 226
68.8. Resolución del seguro por suministrar información falsa a sabiendas al reclamar el siniestro 227
68.9. Terminación del seguro de personas por operación del derecho de retracto 228
68.10. Terminación por agravación sustancial del riesgo en seguros de accidentes personales 228
68.11. Terminación del seguro por el evento del siniestro en los seguros que corresponda 229
68.12. Terminación del contrato de seguro de personas por no pago de la prima 230
68.13. Terminación unilateral del seguro por parte del asegurado 231
68.14. Terminación del seguro por el asegurador. Objeto lícito del pacto que lo permite en los seguros que no son de vida 232
68.15. Situación especial del seguro de vida. Prohibición absoluta al asegurador de revocar el contrato 234
68.16. Terminación del seguro por quiebra del asegurador estando los riesgos pendientes 235
68.17. Situación en caso de quiebra posterior al siniestro que no ha sido pagado 235
68.18. Beneficio de orden a favor de los beneficiarios de una indemnización respecto de los pagos hechos por el reasegurador en caso de quiebra del asegurador 236
69. Caducidad de la obligación de indemnizar 236
69.1. Caducidad de la obligación de indemnizar en caso de provocación dolosa del siniestro por parte del beneficiario. Situación del asegurado y del tomador 237

Página

69.2. Caducidad de la obligación de indemnizar en caso de suicidio antes de dos años desde la celebración del contrato, salvo pacto en contrario que disminuya dicho plazo 237
69.3. Caducidad de la obligación de indemnizar en caso de agravación sustancial del riesgo de seguros de accidentes personales 238
70. La póliza de seguros 238
71. Depósito de pólizas de seguros de personas 239
71.1. Fecha del depósito. Importancia de esta cuestión 240
72. Obligación de claridad 240
73. Facultades del regulador para prohibir condicionados 242
74. Estructura de la póliza de seguros. Menciones mínimas 243
75. Las condiciones generales de la póliza. Concepto y contenido 248
76. Presunción de representación del asegurador 254
77. El principio "a favor del asegurado" en las condiciones generales 255
78. Las condiciones particulares singularizan la póliza 256
78.1. Las condiciones particulares no pueden restringir el condicionado general 261
79. Menciones especiales de las pólizas de seguros de personas establecidas por el regulador en la NCG Nº 349 262
79.1. Menciones especiales de las pólizas de seguros de vida con cuenta única de inversión (Circular Nº 2.180) 262
80. La entrega de la póliza 265
80.1. Entrega del certificado de cobertura en los seguros colectivos 266

Página

81. PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR Y SEGUROS DE PERSONAS 267
81.1. Seguros de personas como productos financieros 269
81.2. Derecho a solicitar la nulidad de una cláusula abusiva del artículo 17 B y 17 E LPDC 277
81.3. Protección al consumidor en la contratación de seguros por intermedio de un corredor 278
81.4. Los seguros de salud están excluidos de la LPDC por disposición legal expresa 280
82. OBLIGACIONES GENERALES SOBRE PUBLICIDAD E INFORMACIÓN 281
82.1. Publicidad e información engañosa en la contratación directa de seguros o por medio de agentes de ventas 283
82.2. Publicidad en seguros de salud 284
82.3. Publicidad de seguros de renta vitalicia previsional 284
82.4. Publicidad en los seguros con planes de APV y APVC 285
82.5. Publicidad en los seguros con CUI 286
83. CESIÓN DE LA PÓLIZA 286
83.1. El asegurador podrá oponer al cesionario o endosatario las excepciones que tenga contra el asegurado o beneficiario 291
83.2. La cesión de la póliza transfiere al cesionario todos los derechos que para el asegurado emanan del contrato y la ley 292
83.3. La cesión y la prenda del seguro de personas procede cuando no se ha designado un beneficiario irrevocable 293
84. PRENDA DEL SEGURO 293
85. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 296
85.1. La jurisdicción "según cuantía" o "regla de la cuantía". Sólo el asegurado tiene derecho a la jurisdicción ordinaria. El problema de esta regla en el seguro de vida 297

Página

85.2. La "regla de la cuantía" y su limitación por materia..... 297
85.3. El igual tratamiento que el Estado debe dar a los consumidores: La solución de conflictos y el problema del arbitraje forzoso 298
a) Legislación especial sobre seguros y protección al consumidor 303
b) Casos en que es indudable que se aplica la LPDC..... 303
85.4. Cláusulas abusivas en el contrato de seguro y solución de controversias 303
85.5. Solución de conflictos relativos al deber de no hacer publicidad falsa o engañosa 306
85.6. Acción de cumplimiento o reclamación de una indemnización por siniestro 307
85.7. Arbitraje administrativo por la SVS (hoy subrogada por la CMF) en asuntos de cuantía limitada 308
85.8. El Defensor del Asegurado. Obligatoriedad de acatar sus resoluciones para los aseguradores 309
86. PRESCRIPCIÓN EN LOS SEGUROS DE PERSONAS 309
86.1. Exigibilidad de la obligación 310
86.2. Caso especial del seguro de vida 310
86.3. Prescripción de las acciones que no emanan del contrato de seguro..... 311
86.4. Interrupción de la prescripción por la denuncia del siniestro 312
86.5. Prohibición de abreviar y disponer de la prescripción 313
86.6. Necesidad de alegar la prescripción..... 313
87. LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS 314
87.1. Los liquidadores..... 315
87.2. Liquidación directa y liquidación independiente..... 315
87.3. Naturaleza jurídica del liquidador..... 317
87.4. Deberes de los todos los liquidadores..... 317

Página

87.5. Prohibiciones a los liquidadores 320
87.6. Grado de diligencia exigido en las actuaciones de los liquidadores 321
88. La denuncia del siniestro 322
88.1. Naturaleza de la denuncia del siniestro en los seguros de personas. Impulso del denuncio y caducidad 323
88.2. Efectos de la denuncia del siniestro 325
88.3. Principio de celeridad y economía procedimental de la liquidación 326
88.4. Principio de objetividad y carácter técnico 326
88.5. Principio de transparencia y acceso 327
88.6. El preinforme de liquidación 327
88.7. El informe de liquidación 328
88.8. Contenido mínimo del informe de liquidación 328
88.9. Plazo para emitir el informe de liquidación 329
88.10. La impugnación del informe de liquidación 330
88.11. Comunicaciones y respaldo de la documentación 331
88.12. Notificaciones en los seguros de fallecimiento 332
88.13. Conclusión del proceso de liquidación 332
88.14. Sanciones 332

Capítulo III
Seguros de personas en particular

89. El seguro de vida 333
89.1. Seguros para el caso de muerte o fallecimiento 334
89.2. Pluralidad de seguros de vida 335
89.3. Denuncia de la muerte y forma de acreditar el siniestro. Caso del desaparecimiento y de la mera ausencia 336
89.4. Provocación del siniestro de fallecimiento 340

Página

89.5. Suicidio del asegurado 342
89.6. Exclusiones comunes en el seguro de fallecimiento 342
89.7. Licitud de objeto del seguro de fallecimiento tomado sobre dos cabezas 343
89.8. Seguros para el caso de sobrevivencia 344
89.9. Seguros de vida mixtos 345
89.10. Seguros de vida temporales y seguros de vida entera, antes también llamados "vitalicios" 347
a) Seguros temporales 347
b) Seguros de vida entera 348
89.11. Seguros de vida de "riesgo puro" y seguros de vida con cuenta única de inversión (CUI). La supuesta "función de ahorro" del seguro de vida 349
89.12. La prima en los seguros con CUI. Relación con la llamada "prima nivelada" 350
89.13. Situación del contratante en los seguros de fallecimiento con CUI 353
89.14. El "derecho de rescate" del contratante 354
89.15. Los llamados "cargos por rescate" en los seguros con CUI. Ilegalidad del criterio del regulador 357
89.16. Inembargabilidad de la póliza y de la indemnización en los seguros de vida. Situación de las primas pagadas. Importancia en los seguros con CUI 359
89.17. La inembargabilidad opera respecto de las deudas del contratante y no de las del beneficiario 361
89.18. Embargabilidad del rescate total o parcial de los seguros de vida con CUI 362
89.19. Derechos auxiliares de los acreedores. Revocación y medidas conservativas 363
90. OTROS DERECHOS DEL CONTRATANTE EN LOS SEGUROS DE VIDA 363
90.1. Seguro de vida saldado (o derecho a saldar la póliza) 364
90.2. Seguro prorrogado (o derecho a prorrogar la póliza) 364

Página

90.3. Seguros con derecho a conversión 365
90.4. Rehabilitación o readmisión 365
91. Prohibición de terminación unilateral del seguro de vida. Objeto ilícito del pacto que lo permita 367
92. Tributación del seguro de vida 368
a) Titulares de la exención 369
b) Restricción de los seguros dotales 369
c) El seguro de vida no es donación, ni siquiera para efectos tributarios 370
d) Normativa tributaria administrativa que regula esta materia 371
e) Tratamiento de las indemnizaciones por siniestro de fallecimiento a favor de un tercero beneficiario en el seguro con CUI en el Oficio Ordinario Nº 1.535 de 2017 373
f) Tributación de los rescates según el Oficio Ordinario Nº 1.535 374
g) Necesidad legal de estabilidad del criterio del SII 375
92.1. Exención de IVA de la prima del seguro de vida 376
93. El seguro de renta vitalicia 377
93.1. Formación del consentimiento en la renta vitalicia no previsional 380
93.2. Formación del consentimiento en la renta vitalicia previsional del D.L. Nº 3.500 382
93.3. Irrevocabilidad de la renta vitalicia 384
93.4. La prima en la renta vitalicia 385
93.5. Obligación del asegurador de renta vitalicia no previsional 386
93.6. Obligación del asegurador en la renta vitalicia previsional 387
93.7. Pensiones de sobrevivencia y renta vitalicia previsional 388

Página

94. ASESORES PREVISIONALES 390
95. LOS SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES 391
95.1. Compañías de seguros que pueden ofrecer seguros de accidentes personales 392
95.2. Riesgo asegurado y obligación del asegurador 393
a) Muerte accidental 393
b) Invalidez 394
c) Incapacidad temporal para el trabajo 395
d) Reembolso de gastos médicos, hospitalarios y otros derivados de un accidente 396
e) Otras coberturas 396
95.3. Definición contractual de "accidente". Importancia de esta cuestión 397
95.4. Forma de acreditar el siniestro 399
95.5. Agravación sustancial del riesgo en seguros de accidentes personales 400
95.6. Pluralidad de seguros de accidentes 401
95.7. Exclusiones más corrientes de las pólizas de accidentes personales 402
96. ACCIDENTES DE TRABAJO. SEGURO LEGAL 403
97. SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS (SOAP) 405
98. LOS SEGUROS DE SALUD 407
98.1. La enfermedad y sus consecuencias como riesgo del seguro de salud 408
98.2. Compañías de seguros que pueden ofrecer seguros de salud 409
98.3. Seguros complementarios de reembolso 409
98.4. Seguros de reembolso 410
98.5. Requisitos para obtener el pago de la indemnización 411
98.6. Plazo para denunciar el siniestro y obtener reembolso de gastos de salud 411

Página

98.7. Seguros de salud en modalidad "pago contra diagnóstico" 412
98.8. Vigencia de los seguros de salud 412
98.9. Agravación sustancial del riesgo en seguros de salud 414
98.10. Pluralidad de seguros de salud 415
98.11. Principales exclusiones 415

BIBLIOGRAFÍA 417

CÓMO ACCEDER A ESTE LIBRO DIGITAL A TRAVÉS DE THOMSON REUTERS PROVIEW 433

Tabla de abreviaturas y acrónimos más utilizados

CC	Código Civil de Chile.
CCOM	Código de Comercio de Chile.
CP	Código Penal de Chile.
CMF	Comisión para el Mercado Financiero (Ley Nº 21.000), ex SVS.
CdM	Conducta de Mercado.
Circ.	Circular.
D.S. Nº 1.055	Decreto Supremo Nº 1.055 del Ministerio de Hacienda o Reglamento de auxiliares del comercio de seguros (17 de agosto de 2012).
D.F.L. Nº 251	Decreto con Fuerza de Ley Nº 251 (20 de mayo de 1931).
LATEP	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Nº 16.744.
LCS	Ley sobre Contrato de Seguro (España).
LIHAD	Ley de Impuesto a las Herencias, Asignaciones y Donaciones, Nº 16.271.
LIR	Ley de Impuesto a la Renta.
LPDC	Ley Nº 19.496, sobre Protección a los Derechos de los Consumidores.
NCG	Norma de Carácter General.
Of.	Oficio.

Of. Circ.	Oficio Circular.
Rev. Ch. Der. Seg.	Revista Chilena de Derecho de Seguros. Aida-Chile.
SVS	Superintendencia de Valores y Seguros (hoy CMF).
SBIF	Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.
SOAP	Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (Ley Nº 18.490).
SPensiones	Superintendencia de Pensiones.

Prólogo

Es un honor para mí haber recibido la invitación del profesor Dr. Marcelo Nasser Olea para prologar su libro titulado "Los seguros de personas". Le expreso mi gratitud por ello. Se trata de una obra novedosa en nuestro derecho y doctrina, que constituirá un aporte y herramienta fundamental para quienes deseen adentrarse en el mundo del derecho de seguros de personas. Es un trabajo que, en líneas generales, expone de buena manera la modernización del derecho de seguros a nivel global y nacional.

El profesor Marcelo Nasser me comentó la idea de trabajar en un libro sobre seguros de personas a principios del año 2016; ya tenía un avance importante en algunas materias, especialmente de aplicación general, debido a su destacada colaboración en la obra "El contrato de seguros, comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio". Me consta su entusiasmo y rigurosidad científica en diversos párrafos del libro. El lector podrá dar cuenta de ello fácilmente.

La visión de Marcelo Nasser fue, qué duda cabe, la correcta: la regulación del contrato de seguro contenida en nuestro Código de Comercio contemplaba un tratamiento con cierto desequilibrio entre la exhaustiva regulación de los seguros de daños y la reducida regulación de los seguros de personas. Era imperioso, tanto en la dimensión jurídica como práctica, abordar un tratamiento con mayor detalle del seguro en su tipo negocial de personas.

Es conveniente señalar que esta distinción entre los seguros de daños y los seguros de personas deriva de un criterio de distinción que sigue la

propuesta de la doctrina alemana, en concreto, la asimilación del concepto de riesgo a una necesidad de índole económica, apartándose, de esta manera, del tradicional concepto de riesgo asociado al caso fortuito, propio de los seguros marítimos, origen de la actividad de aseguramiento. Y en este sentido acierta el profesor Nasser al señalar que "Aun cuando el origen del concepto legal es oscuro, la expresión 'seguros de personas' aparece como tal por primera vez en la ley alemana de seguros o *Versicherungsvertragsgesetz* de 1908 bajo el nombre *Personenversicherung*". Agregando luego el autor que "La terminología sería adoptada rápidamente en otras legislaciones, siendo la más importante por su impacto la ley francesa de 13 de julio de 1930". Ésta fue, por lo demás, la estructura que siguió el redactor del proyecto que culminó en la Ley Nº 20.667, profesor Osvaldo Contreras.

En el sentido que hemos apuntado, la Ley Nº 20.667 dejó atrás la tradicional división entre seguros terrestres y seguros marítimos justificada en el origen y posterior desarrollo de este especial contrato, para, en palabras del legislador, corregir errores doctrinarios y seguir la doctrina moderna, que reconoce la clasificación de los seguros distinguiendo entre seguros de daños y seguros de personas, proporcionando normas generales o comunes a todo tipo de seguros, normas propias de los seguros de daños y normas propias de los seguros de personas, manteniendo vigentes las disposiciones especiales que regulan el seguro marítimo, contenidas en el Título VII del Libro III del Código de Comercio.

Al referido desequilibrio normativo que hemos mencionado entre los seguros de daños y los seguros de personas se adiciona otra problemática, que el profesor Nasser advierte al señalar que "[…] entre las supuestas 'reglas comunes' aparecen algunas que no resultan fácilmente aplicables a la contratación de los seguros de personas, como las dispuestas sobre la subrogación del asegurador, el interés asegurable, la terminación unilateral, entre otras varias materias". El libro busca resolver este tópico, y lo consigue, en el tratamiento detallado de la subrogación, el interés asegurable, además de una serie de otras figuras atingentes al aseguramiento de la vida, sobrevivencia e integridad física de las personas.

Otra de las particularidades de esta obra, que sin duda la destacan y hacen diferente, es la estructura sistemática escogida por su autor. El libro se divide en capítulos que se completan en una secuencia de parágrafos. En su

primer capítulo trata diversos temas de aplicación general al seguro, siempre vinculados a la problemática de los seguros de personas, para terminar la obra analizando en particular los seguros de vida, accidentes personales y salud. Pareciera seguir la estructura tradicional de algunos autores ingleses, lo que no es de extrañar, por cuanto los seguros de personas, en especial el de vida, consagraron su desarrollo en la cultura anglosajona, pues bajo nuestra tradición jurídica, como sostuvo Portalis, *"sa vie ne saurait être un objet de commerce"*. Y en este sentido lo expresa el autor al señalar que "Las Ordenanzas bilbaínas no sólo no trataban, sino que prohibían los seguros sobre la vida". Para luego concluir el autor que nuestro Código de Comercio "se apartó de la tradicional prohibición bilbaína respecto del aseguramiento de la vida, así como de las opiniones moralistas predominantes en Francia hasta antes de la codificación comercial".

El profesor Nasser, fiel a su vocación de romanista-civilista, nos ilustra de manera magistral sobre los orígenes de los seguros de personas, en especial los de vida. Nos adentra sobre los orígenes históricos del seguro de vida, para luego abordar en un sentido no sólo descriptivo sino crítico la incorporación en el desarrollo de este tipo negocial de sus aspectos técnicos, como las tablas de mortalidad, y enunciar después que "La historia de las compañías de seguros de vida en nuestro país debe enfocarse primero en la historia de las compañías de seguros mutuos sobre la vida. Esta clase de compañías, muy célebres y de gran éxito económico, emitían pólizas de vida asociadas a una renta vitalicia bajo un régimen tontinario, vale decir, comercializaban pólizas de seguro de sobrevivencia, con obligación de pagar capital e intereses compuestos al beneficiario, con derecho a acrecer la cuota de los demás miembros de la asociación".

Quisiéramos destacar de la obra el tratamiento desarrollado por el profesor Nasser de diversos tópicos técnicos propios de la actividad del seguro, como lo son las normas legales sobre capital, límite de endeudamiento y reservas técnicas. Destacable además es el tratamiento de la cuenta única de inversión (CUI), el régimen tributario de los seguros de vida y de cómo éstos complementan el sistema de pensiones chileno.

Por las particularidades de los seguros de personas, que, por lo general, se tratan de contratos de adhesión y con consumidores, el autor no escatima esfuerzos en tratar con el mayor detalle posible las particularidades que

poseen este tipo de contratos en su dimensión estandarizada y con un claro problema de asimetría negocial. En esta tarea, el profesor Nasser analiza en detalle la contratación por cuenta ajena, la necesaria descripción cuatripartita de los sujetos que intervienen en este tipo de seguros –el asegurador, contratante (o tomador), el asegurado y el beneficiario–, entregándonos un tratamiento sistemático y profundo de la figura del beneficiario. Aborda además el autor la problemática de los deberes de información, tanto aquellos que recaen en el asegurador como los que la ley y normas reglamentarias imponen a los intermediadores. Para este último caso, es pertinente y necesario el tratamiento del profesor Nasser sobre aspectos tan relevantes de la intermediación distintos del deber de informar, como lo son la comisión o remuneración del corredor y su responsabilidad.

Considerando además que la contratación de seguros en su modalidad estandarizada se materializa por medios tecnológicos, el autor presenta la problemática de los seguros contratados vía internet o vía telefónica –oral o mensajes de texto– y, sobre ellos, cuestiona las exigencias de entrega de información precontractual, además del carácter consensual del seguro, consagrado en el artículo 515 del Código de Comercio. Respecto de esto último, el profesor Nasser señala que "Pese a la tajante declaración del legislador a propósito de la naturaleza consensual del contrato de seguro, resulta lícito preguntarse si el requerimiento de un registro de la palabra oral o escrita que exige el artículo 513 letra v) del CCOM califica como una solemnidad y si su ausencia determina la inexistencia o nulidad del contrato celebrado mediante instrumentos telefónicos o por internet".

Termina su obra el profesor Nasser con un análisis particular de los seguros de personas. Es ineludible en este punto referir el importante aporte de conceptualización y sistematización que nos entrega el autor sobre el seguro de vida. En este sentido, explica los seguros de vida mixtos, seguros de vida temporales y de vida entera. Luego analiza los denominados seguros de riesgo puro y los seguros de vida con cuenta única de inversión. Se trata de tipos contractuales que no están conceptualizados de manera específica en la ley, sino más bien regulados por las normas generales del Código de Comercio, por una parte, y, por otra parte, por las normas dictadas por el regulador, hoy Comisión para el Mercado Financiero.

En fin, no es el propósito de este prólogo detallar el contenido completo de la obra. En este sentido, si el lector busca adentrase de buena manera en la problemática práctica y jurídica de los seguros de personas en nuestro Derecho, la lectura de esta obra no es sólo es un imperativo, sino que constituye sin duda alguna el mejor de los medios para su logro, pues se trata de un texto novedoso en nuestra doctrina, de gran utilidad para académicos, estudiantes, abogados y jueces. Todo ello, a buen augurio, espero permita y estimule a otros autores a seguir el mismo camino.

Santiago, 12 de marzo de 2018.

Roberto Ríos Ossa
Profesor de Derecho Comercial
Director del Programa de Seguros
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

Si bien es cierto que con la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.667, que modifica el Título VIII, Libro II del Código de Comercio (promulgada el 15 de abril de 2013 y entrada en vigor el 1 de diciembre del mismo año), han aparecido importantes aportaciones relativas al contrato de seguro, encabezadas por el libro de Osvaldo Contreras y secundadas por las obras de Hoyl y Ruiz-Tagle, Arellano y la de Barroilhet y Angelbeck, así como los muy completos *Comentarios al Título VIII, Libro II del Código de Comercio* (dirigidos por Roberto Ríos y editados por Carolina Schiele), entre otras, un análisis omnicomprensivo del contrato de seguro de personas y sus efectos nos parece hoy más que nunca una necesidad.

El presente libro se estructura en tres capítulos: el capítulo primero corresponde a un análisis histórico-técnico de los seguros de vida, de accidentes y de salud. Contiene un breve relato histórico sobre el aseguramiento de la vida en Chile y Latinoamérica, en que se explica la génesis de la legislación nacional y su evolución hasta nuestros días, se abordan algunas cuestiones relativas a las exigencias de solvencia de las aseguradoras, los fundamentos histórico-jurídicos de la reserva técnica, del patrimonio de riesgo y otras materias que se han considerado importantes.

En el segundo capítulo se analizan los seguros de personas en general, a la luz de la nueva legislación nacional sobre contrato de seguros. Para abordar este capítulo fue necesario tener en consideración que la ley contiene una *Sección Primera* (artículos 512 a 544 CCOM) en que se abordan las "Normas comunes a todo tipo de seguros", y una *Sección Tercera* (artículos 588 a 601 CCOM), dedicada exclusivamente a los llamados "seguros de personas".

Este capítulo segundo, precisamente, contiene un análisis omnicomprensivo del seguro de personas, los sujetos que participan en éste, los requisitos esenciales del contrato, la formación del consentimiento y las diversas obligaciones y cargas. No se trata de una compilación de normas ni de una ordenación temática, sino de un estudio dogmático que pretende ser de ayuda a abogados, jueces, profesores y, en general, a todos quienes tengan intereses profesionales o personales en el contrato de seguro de personas. En este capítulo aparecen además analizadas las relaciones del seguro con la normativa de consumidores.

En el capítulo tercero se abordan algunos aspectos particulares de los diversos seguros de personas descritos en el artículo 588 CCOM. Además de tratar del seguro de vida en todas sus manifestaciones, se incluyen algunos aspectos de la renta vitalicia previsional del D.L. Nº 3.500, de 1980, que nos han parecido de particular relevancia. Se abordan, asimismo, los seguros de accidentes personales, muerte accidental y de invalidez. Finalmente, para cerrar el capítulo, aparece un tratamiento más o menos detallado de los seguros de salud.

El capítulo tercero es, como se puede apreciar, bastante más sucinto que el segundo, pues la mayoría de los elementos más distintivos de los seguros de personas (interés asegurable, riesgo, sujetos del contrato, obligaciones de las partes) ya han sido analizados en profundidad y no hemos juzgado necesario ni conveniente repetir los conceptos para cada tipo de seguro de personas en particular, salvo que exista alguna distinción que haga preciso detenerse sobre un aspecto novedoso o asociado a una modalidad asegurativa en especial. En ese entendido, se ha procurado coordinar el contenido del libro mediante notas de referencia, de manera de establecer las correspondientes relaciones entre sus parágrafos.

Es preciso resaltar que se ha procurado integrar a este estudio todas las normas vigentes sobre derecho de los consumidores y sobre conducta de mercado, así como las actualizaciones prescritas en las disposiciones de la Ley Nº 21.000, que crea la Comisión para el Mercado Financiero. De igual manera, se ha integrado la actividad colegisladora de la Superintendencia de Valores y Seguros (hoy subrogada legalmente por la Comisión para el Mercado Financiero), por medio de referencias a numerosas Normas de Carácter General, Circulares e incluso a Oficios.

Como se podrá constatar, se trata de un libro en que, además de plantearse un análisis dogmático del derecho que regula el contrato de seguros de personas en Chile, se contiene la opinión del autor en ciertos temas que no siempre son pacíficos en la doctrina o no aparecen suficientemente resueltos por el legislador, tales como la designación de beneficiario, el interés asegurable, la tributación del seguro de vida, las disposiciones sobre inembargabilidad, la cesión y pignoración de la póliza, el ámbito de aplicación de la Ley de Protección a los Derechos del Consumidor, las reglas sobre solución de controversias, entre muchas otras materias.

Capítulo I
Introducción histórico-técnica a los seguros de personas

1. Los seguros de personas. Generalidades

Aun cuando el origen del concepto legal es oscuro, la expresión "seguros de personas" aparece como tal, por primera vez, en la ley alemana de seguros o *Versicherungsvertragsgesetz* de 1908 (Título III) bajo el nombre *Personenversicherung*.[1] La terminología sería adoptada rápidamente en otras legislaciones, siendo la más importante por su impacto la ley francesa de 13 de julio de 1930 (Título III).[2] Desde entonces, y pese al tratamiento precario que dicha ley asignaba a esta clase de seguros, la terminología "seguros de personas" se ha generalizado. Esta generalización conceptual, sin embargo, ha resultado confusa y problemática.[3]

Los seguros de personas califican como lo que la doctrina ya centenaria ha denominado "*casualty or contingency insurances*" o "seguros de contingencia"[4], en oposición a los "*indemnity insurances*" o "seguros de indemnización".

---

[1] La expresión ya se usaba en doctrina, como muestra Ehrenberg, Victor (1893), *Versicherungsrecht, Sistematisches Handbuch der Deutschen Rechtswissenschaft*, Liepzig, Verlag Von Duncker & Humblot, § 294.

[2] Dentro el Título II "*Des assurances de personnes*" se trata de las disposiciones generales (artículos 54 y 55), en que se señala simplemente que dentro de esta clase de seguros se cuentan los de vida y los de accidentes, y del seguro de vida (artículos 56-83). Los seguros de salud (o enfermedad) no se contemplan en esta expresión.

[3] Nicolas, Veronique (2012), *Droit des contrats d'assurance*, en *Corpus Droit Privé*, Molfessis (dir.) Paris, Economica Ed., pp. 443 ss.

[4] Mac Gillivray, Evan James (2003), *On Insurance Law*, 10th Edition, London, Sweet & Maxwell, p. 8, "*Not all contracts of insurance are indemnity insurances. Where the contract*

Si bien los "seguros de contingencia" fueron primitivamente entendidos como simples seguros de recompensa (por ejemplo, el antiguo seguro por apresamiento durante la aventura marítima), hoy en día los riesgos en esta clase de aseguramiento dicen relación con la pérdida de la vida o de una parte de cuerpo, los daños causados a las personas por accidentes u otras contingencias de similar entidad.[5] En Chile, todos los seguros de salud, por disposición legal, son también seguros de personas.

2. CONCEPTO LEGAL

El nuevo artículo 544 del Código de Comercio plantea una novedad frente a la legislación anterior y pasa a clasificar los seguros en dos grupos: seguros "de daños" o "de personas".[6] Los seguros de daños son, a su vez, clasificados en "reales" o "patrimoniales".[7] Para los efectos de este estudio, nos interesarán sólo los seguros de personas.

Si se recuerda, el antiguo artículo 513 inciso 6º CCOM, derogado por la Ley Nº 20.667, clasificaba los seguros en "terrestres y marítimos". El seguro de vida (único "seguro de personas" tratado en el Código de Comercio decimonónico[8]) era, hasta el 1 de diciembre de 2013, un seguro terrestre.[9]

---

provides that on the occurrence of an event insured against the insurer will pay a fixed sum, or a sum calculated by the application of a set formula or scale, regardless of whether the assured has suffered a loss and irrespective of the amount of any loss in fact suffered, then it is not an indemnity insurance but what is commonly described as a contingency insurance. Life and accident insurances are usually drafted in this form".

[5] WALFORD, Cornelius (1868), *The Insurance Guide and Handbook on Fire, Life, Marine, Tontine, and Casualty Insurance* (American Edition), New York, Wynkoop & Hallenbeck, p. 14.

[6] En relación con esta innovación, ver *Historia de la Ley Nº 20.667*, p. 6.

[7] Sobe esta clasificación, TIRADO SUÁREZ, Francisco Javier (2005), "El seguro de daños", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros,* Nº 14, p. 11.

[8] El seguro de vida estaba tratado en los derogados artículos 569 a 578 del Código de Comercio original de José Gabriel OCAMPO, entrado en vigencia el 1 de enero de 1867.

[9] Así lo disponía el derogado artículo 562 Nº 1 del Código de Comercio. Para una crítica general a la Ley Nº 20.667, véase LAGOS, Osvaldo (2012), "Comentarios e indicaciones al proyecto de ley sobre reforma al Código de Comercio en materia de seguros", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros,* Nº 21, pp. 121 y ss. Un panorama general en DÍAZ, Ignacio y NASSER,

En primer término, y aunque la ley chilena no ha hecho esta distinción expresamente, los seguros de personas pueden dividirse en seguros de personas "de vida" y seguros de personas "que no son de vida". Los seguros de vida se pueden clasificar en seguro de fallecimiento, por una parte, y seguro de sobrevida, sobrevivencia o longevidad, por otra.

El actualmente vigente artículo 588 inciso 1º CCOM define los seguros de personas como "los que cubren los riesgos que puedan afectar la existencia, la integridad física o intelectual, la salud de las personas y los que garantizan a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital o una renta temporal o vitalicia".[10]

A su turno, y aunque no centrado en el contrato, sino en el asegurador de esta clase de riesgo, el artículo 8º D.F.L. Nº 251 dispone que son compañías "del segundo grupo las que cubran los riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital, una póliza saldada o una renta para el asegurado o sus beneficiarios".

3. Crítica al concepto legal

La definición de seguros de personas del artículo 588 inciso 1º CCOM nos parece inconvenientemente amplia. Como se puede apreciar fácilmente, el legislador quiso incorporar dentro de un concepto omnicomprensivo todos los eventos que pudieran relacionarse directamente con la persona en cualquiera de sus dimensiones físicas o espirituales, vale decir, su vida, su salud o su integridad, en contraposición a los eventos dañosos relativos a los bienes o al patrimonio.

Pero resulta evidente que no todos los sucesos dañosos relativos a una persona son equiparables, pues, por ejemplo, un seguro de fallecimiento tiene muy poco que ver con un seguro de reembolso de gastos médicos. En

---

Marcelo (2015), "Chapter 12: Chile", en *International Insurance Law & Regulation*, Graz, Westlaw-Thomson Reuters, pp. 477-509.

[10] Entre otras fuentes, se encuentra tomada del artículo 80 LCS, que prescribe: "El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado".

muchos casos, aunque en principio se trate –según el concepto legal– de un "seguro de personas", las coberturas otorgadas por esa clase de aseguramiento son preferentemente patrimoniales, cuyos principios y funcionamiento no siempre son congruentes con los expresados en los artículos 588 y siguientes CCOM.[11]

La excesiva laxitud del concepto de seguro de personas en el código chileno ha traído como consecuencia natural que haya sido el propio legislador quien haya dispuesto, en el artículo 601 CCOM, que las modalidades de seguro "que cubran gastos médicos, clínicos, quirúrgicos, farmacéuticos u otros que tengan carácter de daño patrimonial, se regularán por las normas de los seguros de daños, a menos que sean contrarias a su naturaleza". En esto la ley sigue a su modelo español.[12]

4. El seguro de vida en un contexto nacional: Explicaciones sobre su desarrollo tardío

Evidentemente que, entre los "seguros de personas", el seguro de vida aparece en Chile como el más importante. Lo anterior no sólo tiene una explicación económica, sino más bien histórico-jurídica.

Como grupo de colonias españolas, los territorios de América Central y de América del Sur estaban regidos por las disposiciones comerciales establecidas en las Ordenanzas de Bilbao de 1737. Es un hecho que la Corona española promulgó estas Ordenanzas para ser aplicadas directamente en América mediante diversas eales cédulas, todas fechadas entre 1793-1795.[13]

---

[11] Para un análisis de algunos seguros de personas de coberturas preferentemente patrimoniales, véase *infra* 95, 95.2. letra d, 98 y siguientes.

[12] Sobre el seguro de accidentes y de "enfermedad" en el modelo español, Tirado Suárez, Francisco Javier (1982), "Principios legales que deben regir los seguros de personas", en *Revista Española de Seguros,* Nº 30, p. 289.

[13] Martínez Gijón, José (1987), "El capítulo X de las ordenanzas del Consulado de Bilbao de 1737", en *Revista Chilena de Historia del Derecho,* Nº 13, pp. 159-176; Espinosa Moder, Augusto (1928), *Régimen legal del comercio de los seguros en Chile*, Santiago de Chile, Imprenta Electra, p. 89.

Las Ordenanzas bilbaínas no sólo no trataban sino que prohibían los seguros sobre la vida.[14] Una tradición de este tipo acarrearía como consecuencia evidente que el tratamiento de los hoy llamados seguros de personas en esta parte del mundo fuera, con algunas excepciones calificadas, un fenómeno bastante tardío. Esta situación normativa de carácter restrictivo, y acaso prohibitivo, se mantuvo vigente por muchos años, incluso cuando las florecientes repúblicas dejaron la dominación española.[15]

Pero, incluso con la codificación, la experiencia latinoamericana relativa al seguro de personas, y muy particularmente al seguro de vida, no sufriría demasiados cambios en comparación con su pasado colonial. En efecto, tras la independencia de las antiguas colonias, la codificación comercial en Latinoamérica se alineó casi al pie de la letra con la codificación mercantil española de 1829, obra de Sáinz de Andino[16], y, posteriormente, con el Código Mercantil español de 1885. Ambos códigos fueron promulgados en su momento como propios en naciones como Perú, Ecuador y Venezuela.[17]

La importancia del Código de Comercio español de 1885 en la historia del seguro de vida en América es vital, pues, hasta antes de su promulgación, tanto en España como en los países que habían adoptado el Código

---

[14] Las *Ordenanzas de Barcelona* de 1435 también contemplaban, desde mucho antes, la prohibición de asegurar la vida. Sobre ciertas prohibiciones en estas ordenanzas, véase Provost, Magalie (2009), *La notion d'intérêt d'assurance*, Paris, L.G.D.J., pp. 33 y ss.

[15] Para un panorama general sobre el seguro en Chile y Latinoamérica, Pieschacón, Camilo (2011), *El seguro de vida en América Latina*, Madrid, Fundación Mapfre, p. 328; Llorca Jaña, Manuel (2011), *La historia del seguro en Chile, 1810-2010*, Madrid, Fundación Mapfre, *passim*, y la muy completa obra de Minzoni, Antonio (2005), *Crónica de dos siglos del seguro en México*, México D.F., Ed. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, pp. 24 y ss.

[16] Véase Divar Garteiz-Aurrecoa, Javier (2010), "Las Ordenanzas de Bilbao como antecedente de la Codificación Mercantil en España", en *Boletín de la Asociación Internacional de Derecho Cooperativo*, Nº 44, pp. 263-283, que fue consultado en internet en el sitio web http://www.forulege.com/dokumentuak/Las_Ordenanzas_de_Bilbao_como_antecedente_de_la_Codificacion_Mercantil_en_Espa%C3%B1a.pdf. Véase también Brahm García, Enrique (2000), *Jose Gabriel Ocampo y la codificación comercial chilena*, Santiago de Chile, Ed. Universidad de los Andes, Colección Jurídica Nº 5, *passim*.

[17] La experiencia peruana es interesante, pues ese país incorporó el Código Mercantil español de 1829 y lo promulgó como propio en 1853. En 1902, Perú promulgó un Nuevo Código de Comercio, que en este caso fue copia del mercantil español de 1885.

de 1829, se seguía legislativamente el régimen prohibitivo y moralista de las Ordenanzas de Bilbao. La situación hasta la promulgación del *Code de Commerce* de 1807 era similar en Francia, país cuyo sistema normativo, como se sabe, era seguido muy de cerca por las legislaciones americanas.[18]

Con referencia a ese naciente escenario legislativo vernáculo, se ha afirmado, con bastante razón, que en Chile no hubo demanda por seguros de vida durante el período inmediatamente posterior a la independencia.[19]

Desde la década de 1850, las cosas comenzaron a cambiar para bien en Latinoamérica y en Chile. Esto se reflejó directamente en el explosivo auge del comercio, con la consecuente aparición de importantes reformas legislativas que permitieron la fundación de los primeros bancos, como el Banco do Brasil (1851), el Banco de la Provincia de Buenos Aires (1854), el Banco del Perú (1863), el Banco Nacional de Chile (1865), etc.[20] Las primeras compañías de seguros de vida en Latinoamérica fueron establecidas precisamente durante esta década.[21]

Si se tiene en cuenta que la doctrina está más o menos conteste en que para que pueda existir el seguro de personas resulta fundamental que existan medios técnicos a disposición de los aseguradores[22], es necesario tener en consideración que en esta parte del mundo no se gozaba de demasiada estabilidad ni de una institucionalidad lo suficientemente seria durante el

---

[18] Sobre la *Ordenanza de 1681* de COLBERT y las opiniones de POTHIER, véase POTHIER, Robert Joseph (1861), *Ouvres*, Tomo V, Paris, (por BUGNET), p. 276. Un elenco completo de opiniones sobre este particular en NICOLAS, Veronique (2012), p. 449. Para la opinión de PORTALIS y la prohibición del seguro sobre la vida, PROVOST, Magalie (2009), p. 41 Nº 67, con cita completa a PORTALIS, Jean-Étienne-Marie (1844), *Discours, rapports et travaux inédits sur le Code Civil*, Paris, Joubert, p. 119 («*la mort ne peut pas devenir l'objet d'une spéculation mercantile*…»).

[19] LLORCA JAÑA, Manuel (2011), p. 37.

[20] MARICHAL, Carlos (1999), "Las finanzas y la construcción de las nuevas naciones latinoamericanas, 1810-1880", en *Historia general de América Latina*, vol. 6, *La construcción de las naciones latinoamericanas* [Manuel Miño Grijalva, (coord.), Josefina Zoraida Vázquez (dir.)], pp. 418 y s.

[21] Para los inicios de la actividad aseguradora chilena, aunque con algunos errores en lo relativo al seguro de vida, véase LLORCA JAÑA, Manuel (2011), pp. 39 y ss.

[22] NICOLAS, Veronique (2012), p. 452.

siglo XVIII y principios del XIX. Esto se reflejaba en que, por ejemplo, a diferencia de lo que ocurría en Gran Bretaña, Francia, Holanda, Alemania e incluso en los Estados Unidos[23], no fuera posible contar entonces con tablas de mortalidad propias. La ausencia de tablas actuariales suele, asimismo, ser esgrimida –con bastante razón– para demostrar el desarrollo relativamente tardío de las compañías de seguros de vida en nuestro continente.

El contexto vecinal tampoco era muy halagüeño, pues, por ejemplo, el gobierno argentino sólo estableció una tabla de mortalidad en 1882. En México, no fue sino hasta 1926 que la ley obligó a las compañías de seguro a utilizar tablas de mortalidad. En Colombia, y pese a que igual que en México se solía utilizar la tabla "American Experience" con algunas mejoras[24], se conoce una tabla propia del año 1931, elaborada por Jorge Acosta.[25] En Cuba, se publicaron las tablas obituarias de Ambrosio González del Valle y Cañizo entre 1869 y 1882[26] que no son técnicamente prospecciones de sobrevivencia, sino análisis estadísticos sanitarios. En Chile, una compañía de seguros de vida tontinarios fundada en 1854, llamada *El Porvenir de las Familias*, sobre la cual volveremos más adelante por su importancia histórica, establecía en sus propios estatutos el uso de

[23] En los Estados Unidos, la Equitable Life Asssurance Society publicó en 1891 una lista de tablas de mortalidad para las pólizas de vida (tontinarias) que "maduraran" en 1891. *Tables for 1891 to illustrate the advantages of Tontine policies and Bonds*, 1891, s/l. El uso de tablas en Estados Unidos se remonta a principios del siglo XIX, pero, a pesar de que la edición de 1891 señala que las tablas se publican anualmente, no encontramos una publicación omnicomprensiva de mortalidad para tontinas y semitontinas sobre la vida sino hasta esta obra.

[24] Hay registros de que, en 1869, la costumbre en México era utilizar las *American Experience Mortality Tables*. Sin embargo, ya en el siglo XX, en lugares en donde existía fiebre amarilla, se utilizaba la tabla *Hunter-Semitropical*. Sobre esto, véase Minzoni, Antonio (2005), p. 24. En Colombia, el ingeniero Julio Garavito desarrolló un sistema matemático para el cálculo de primas y reservas para lo que seguiría el método de Dormoy. Sobre esto véase Ortiz Guzmán, Fabio (2014), "Cálculo de primas y reservas de seguros de vida por J. Garavito", en *Lecturas matemáticas* 35.1 (2014) pp. 59-85.

[25] Ortiz Guzmán, Fabio (2014), p. 61

[26] Coutin Marie, Gisele (2017), "Las estadísticas de mortalidad cubanas en el siglo XIX y la contribución el doctor Ambrosio González del Valle", en *Revista Cubana de Salud Pública*, Nº 43 (1) [Cita de 3 de octubre de 2017 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000100010&lng=es&tlng=es].

las célebres tablas de mortalidad de Deparcieux[27], que además de ser del siglo XVIII, obviamente no correspondían a la realidad nacional.[28] Incluso a principios del siglo XX, en nuestro país se dudaba fundadamente si una tabla de mortalidad hecha con la población chilena podría ser el punto de partida para una compañía de seguros nacional.[29]

Como afirma Llorca, "en la primera mitad del siglo XIX, Latinoamérica era vista, con justa razón, como un mercado muy riesgoso producto de la inestabilidad política que imperaba en la región, debido a las guerras de independencia y a conflictos internos que las siguieron…".[30] Pero no podemos culpar sólo a la inestabilidad por la tardanza en el desarrollo del seguro de vida y de los demás seguros de personas en esta parte del mundo. En efecto, la falta de medios técnicos adecuados, como los que proveen las tablas de mortalidad y otros métodos actuariales, conspiraba contra el desarrollo pleno del seguro (no sólo de vida) en Chile durante la primera mitad del siglo XIX. Así, por ejemplo, el seguro de incendios en Chile sólo se hizo popular desde 1851, cuando el primer Cuerpo de

---

[27] *Estatutos de El Porvenir de las Familias Compañía Jeneral de Seguros Mutuos sobre la Vida* (1858), Bogotá, p. 5. Estas tablas de mortalidad fueron muy célebres en Europa y América y fluyen del complejo ensayo de DEPARCIEUX, Antoine (1746), *Essai sur les probabilités de la durée de la vie humaine: D'où l'on déduit la manière de déterminer les rentes viagères tant simples qu'en tontines [Addition à l'essai dus les probabilités de la durée de a vie humaine...]*, Paris, Freres Guerin, *passim*.

[28] Sólo a título comparativo, entre 1863 y 1879 España tenía 29,8 años de expectativa de vida, como apuntan DOPICO y REHER (1998), citados por PONS, Jeronia (2011), "El sector asegurador en el sistema financiero español, en *El sistema financiero en España contemporánea* (Gutiérrez y Martínez, editores), Santander, Ediciones Univ. de Cantabria, p. 292.

[29] SALAMANCA, Óscar (1901a), *Algunas consideraciones sobre el contrato de seguro y la reglamentación de las compañías anónimas extranjeras*, Talca, Imprenta de la Libertad, pp. 35 y s. [se citará esta obra en adelante como SALAMANCA, Óscar (1901a), pues hay dos libros del mismo año del autor], sostuvo que una tabla de mortalidad hecha con los habitantes de Chile no podía servir como punto de partida para la fundación de una compañía nacional de seguros. Señalaba: "*La experiencia ha demostrado que por ahora ello es impracticable: un ensayo intentado no ha mucho por La Nacional, reveló que los asegurados que fallecían se llevaban más dinero que el que ingresaba a sus cajas por cuotas de sobrevivientes*".

[30] LLORCA JAÑA, Manuel (2011), p. 18.

Bomberos fue fundado en Valparaíso.[31] Probablemente, el mismo desorden institucional, entre otras cosas, hacía ilusorio que se elaboraran tablas de mortalidad propias y confiables, por lo que no sorprende que un autor chileno de principios del siglo XX señalara: "El seguro no aparece en lugares donde la guerra es muy frecuente o las costumbres son muy rudas o barbáricas, los medios de represión son ineficientes y el estado de las propiedades y personas es completamente débil. Donde estas circunstancias existen, se torna imposible tarificar riesgos con un grado mínimo de certidumbre".[32]

El Código de Comercio chileno de 1865, debido al eminente jurista argentino avecindado en Chile don José Gabriel Ocampo, que entrara en vigor en 1867 (o sea, varios años antes que el español de 1885), se apartó de la tradicional prohibición bilbaína respecto del aseguramiento de la vida, así como de las opiniones moralistas predominantes en Francia hasta antes de la codificación comercial.[33] En consonancia con el nuevo Código de Comercio francés, y muy particularmente con el proyecto holandés[34], así como con una nueva realidad económica imperante en el país[35], Ocampo introdujo una interesante regulación del seguro de vida que seguiría vigente, casi sin modificaciones, hasta la reforma introducida recientemente al Código por medio de la Ley Nº 20.667.[36]

---

[31] Llorca Jaña, Manuel (2011), pp. 27 y s. Luego de enormes incendios ocurridos en Chile en 1864 y 1868, las compañías de seguro británicas amenazaron con dejar el país, fundadas en la falta de una red de agua. El Primer Cuerpo de Bomberos de Santiago sólo fue establecido en 1861.

[32] Espinosa Moder, Augusto (1928), p. 21. Para la influencia de la guerra en las tablas de mortalidad en Europa, véase Walford, Cornelius (1868), pp. 14 y 205-207.

[33] Sobre este asunto, Provost, Magalie (2009), pp. 30 y, especialmente, 40 y ss.

[34] Para la influencia del proyecto llamado *Wetboek van Koophandel* de 1838, Brahm, Enrique (2000), p. 35. Con todo, debemos señalar que Ocampo no leía holandés y tuvo acceso al Código de Comercio holandés (como se aprecia en sus notas recopiladas en Brahm, *ibid*., p. 259) por vía tangencial, a través de Saint Joseph, cuya obra estaba escrita en francés, o acaso a través del *Proyecto de Código de Comercio para Buenos Aires*, debido al uruguayo Acevedo.

[35] Según Briceño Trujillo, Moisés (1898), *El seguro de vida*, Santiago de Chile, Imprenta de la Gaceta, p. 10, para el año fecha de la promulgación del Código de Comercio chileno no existían compañías de seguros de vida en Chile, lo que no es efectivo. El mismo Briceño, p. 14, argumenta contra la idea de una supuesta inmoralidad del seguro de vida en Chile.

[36] Esta ley empezó a regir en Chile el 1 de diciembre de 2013.

5. Las primeras compañías de seguros sobre la vida: La experiencia del régimen tontinario en Chile y Latinoamérica

La historia de las compañías de seguros de vida en nuestro país debe enfocarse primero en la historia de las llamadas "compañías de seguros mutuos sobre la vida". Esta clase de compañías, muy célebres y de gran éxito económico para sus propietarios, emitían pólizas de vida asociadas a una renta vitalicia bajo un régimen *tontinario*, vale decir, comercializaban pólizas de seguro de sobrevivencia asumiendo la obligación de pagar al beneficiario el capital e intereses compuestos, con derecho a acrecer en la cuota de los demás miembros de la asociación que fuesen falleciendo.[37]

Son precisamente esta clase de compañías (y no las creadas a partir de 1871, fecha de la fundación de la Compañía Nacional de Seguros)[38], las primeras compañías de seguros sobre la vida que operaron en nuestro país y en el resto de Latinoamérica.

Las compañías de esta clase que operaron en la región generalmente consistían en agencias de sociedades de capitales españoles establecidas en las ciudades más importantes (no necesariamente las capitales). Como se sabe, el régimen legal de la primera mitad (y parte de la segunda) del siglo XIX no exigía más requisitos para funcionar como asegurador o agente que una simple autorización gubernamental. De esta forma, y muy en línea con lo que ocurría en otras latitudes, en Chile no se necesitaba un capital mínimo ni menos la constitución de reservas o garantías para establecerse y comercializar pólizas de cualquier clase.

En España, durante la década de 1850, las compañías mutuas de seguros sobre la vida más importantes eran tres: "El Porvenir de las Familias" (que llamaremos "*El Porvenir Español*"); "El Montepío Universal" y "La

---

[37] Sobre el funcionamiento de una tontina sobre la vida, véase Compton, Charles (1833), *A treatise on Tontines*, London, J. Powell Ed., *passim*. Más modernamente, y con aplicaciones modernas, Milevsky, Moshe (2015), *King William's Tontine. Why the Retirement Annuity of the Future Should Resemble its Past*, New York, Cambridge University Press, *passim*.

[38] Llorca Jaña, Manuel (2011), p. 61, identifica a esta compañía, junto a *La Previsora*, *La Pacífico* y *La Protectora,* como "las primeras" en circunstancia en que desde hacía dos décadas ya operaban compañías de vida con mucho éxito en el país.

Tutelar, Compañía General Española de Seguros Mutuos sobre la Vida", llamada también en América "La Tutelar Española".[39]

Se suele decir, erróneamente, que estas compañías mutuas declinaron en España en la década de 1860. Se ha llegado a afirmar que las tontinas en España no sobrevivieron el año 1864, debido a la falta de reservas y de capital, sumada a la inexistente diversificación de *portfolio*.[40] Con todo, existen datos históricos sobre compañías que usaron el método semitontinario y "chatelusiano" hasta la década de 1920, e incluso una ley de 1912 se refiere directamente a ellas.[41]

En nuestro país, las sociedades de esta clase funcionaron con gran éxito, llegando a financiar obras públicas y proyectos gubernamentales. La creación de superintendencias u otras agencias, así como la obligación de establecer reservas y capitales mínimos para funcionar, terminarían conspirando contra el método tontinario clásico, que, a pesar de su éxito, sería reemplazado paulatinamente por métodos de aseguramiento supuestamente más científicos.

Las asociaciones tontinas solían comercializar rentas vitalicias y no seguros de fallecimiento, por lo que ese vacío hubo de ser llenado por las nacientes compañías de finales del siglo XIX, como *La Nacional*, *La Previsora*, *La Pacífico* y *La Protectora*.[42] Asimismo, la influencia del gobierno

---

[39] Pons, Jeronia (2011), p. 290.

[40] Bahamonde, Ángel (1981), *El horizonte económico de la burguesía isabelina*, Madrid, 1856-1866, Universidad Complutense de Madrid, sostiene que el esplendor de las tontinas se mantuvo al menos hasta 1872. Existe, con todo, importante literatura en la década de 1920 relativa al llamado "método chatelusiano", como Boter, Fernando (1928), *Rentas vitalicias chatelusianas*, Barcelona, Imp. Casanovas. Véase, asimismo, Alonso, José Manuel (2008), "El sistema chatelusiano", en *Mercado Previsor* Nº 484-485, Madrid, pp. 48-51. Incluso en Chile, Briceño Trujillo, Moisés (1898), p. 10, atribuye el decaimiento del seguro de vida al fracaso de las tontinas en España durante el "último cuarto de siglo", lo que confirma que tales sociedades tontinarias no desaparecieron tan pronto como se suele decir.

[41] La Ley de 16 de febrero de 1912 (*Gaceta de Madrid*, Nº 47), p. 469, que en su artículo 42 definía y regulaba las asociaciones tontinas, "chatelusianas" y mixtas. De hecho, basta ver la *Memoria* de "La Mutual Latina. Asociaciones Mutuas de Ahorro y Previsión de forma Tontina de 1916", en Imprenta del Diario de Córdoba, Córdoba, 1918, para percatarse de que esta clase de asociaciones sobrevivió mucho más allá de lo que los autores han sostenido.

[42] Llorca Jaña, Manuel (2011), p. 61.

de los Estados Unidos en Chile y en otras naciones del continente, que, tras el llamado "Informe Armstrong", prohibió las tontinas (al menos en Nueva York)[43], terminaría de sepultar las sociedades de esta clase, como se aprecia en la mayoría de las legislaciones latinoamericanas de la primera mitad del siglo XX.

Nuevamente la influencia de los Estados Unidos, por medio de la *Misión Kemmerer*[44], la "mexicanización" del seguro de 1935[45], la creación de una superintendencia en el Perú en el año 1931, y la llamada "nacionalización" de la industria del seguro en Chile (con la respectiva creación de la superintendencia en 1927), son muy buenos ejemplos de una intervención sin precedentes del Estado en la industria aseguradora. Esta intervención probablemente dejó a muchas compañías (particularmente de vida) fuera del mercado.

La nueva legislación de compañías de seguro no sólo requería de las compañías una autorización especial de funcionamiento, como de hecho ya venía ocurriendo paulatinamente,[46] sino requería de los fundadores el depósito efectivo de una reserva[47] y ya no simplemente la rendición de una fianza. Asimismo, en muchos países se estableció la obligación legal de

---

[43] Sobre el "Informe Armstrong" o "*Armstrong Report*", véase McKeever, Kent (2010), "A short history of Tontines", en *Fordham Journal of Corporate and Financial Law*, Nº 15, pp. 510 y ss.; Ransom, Roger y Sutch, Richard (1987), "Tontine Insurance and the Armstrong Investigation: A Case of Stifled Innovation, 1868-1905", en *Journal of Economic History* Nº 80, pp. 379 y ss.

[44] Sobre la influencia de la *Misión Kemmerer,* véase Drake, Paul W. (1984), "La Misión Kemmerer a Chile: Consejeros norteamericanos, estabilización y endeudamiento. 1925-1932", en *Cuadernos de Historia de la Universidad de Chile*, Nº 4, pp. 31 y ss.

[45] Pieschacón, Camilo (2011), p. 328.

[46] El Código de Comercio español de 1829 sólo requería de una autorización de las Cortes de Comercio para la creación de una sociedad anónima (artículo 293). En 1848 se promulgó la Ley de Sociedades Anónimas, seguida de un Reglamento promulgado por Real Decreto, que ahora exigía autorización del Rey (Divar Garteiz-Aurrecoa, Javier [2010]). En Chile, la Constitución de 1833 requería de autorización estatal para la creación de una sociedad anónima, mismo requisito que, además de un depósito, se estableció en la Ley de Sociedades Anónimas chilena de 1854.

[47] Salamanca, Óscar (1901a), p. 36, contiene un interesante cuadro de reservas acumuladas por las compañías de seguro chilenas para el año 1900.

invertir efectivamente en las propias economías en que operaban las agencias o sociedades aseguradoras[48], lo que debe haber llevado a las agencias de aseguradoras extranjeras a repensar el negocio en Chile y en la región. Estos argumentos explican, en conjunto, la decadencia del aseguramiento de vida por la vía de las asociaciones tontinarias en el país en la última parte del siglo XIX y principios del siglo XX. Si a ello sumamos la aparición de impuestos sobre las primas[49], el decaimiento del negocio resultaría más o menos predecible.

Un autor chileno que escribió en 1901 ya calificaba los seguros tontinarios como una "combinación hoy en decadencia".[50] Por ello resulta desconcertante que una ley chilena de 1927 prohibiera (relativamente) las tontinas y otra en 1931 hiciera lo propio con las combinaciones "chatelusianas" y mixtas, pues, hasta donde sabemos, no quedaban sociedades de esta clase en el país para el año 1931. Para entonces, ya habían sido reemplazadas por compañías que comercializaban seguros de fallecimiento y de sobrevida calculados con metodologías más corrientes, sin "créditos de mortalidad" o derecho de acrecer entre sus miembros.

6. Primeros seguros de vida en Chile y Latinoamérica: Asociaciones tontinarias sobre la vida

La situación del mercado de seguros de vida en Chile durante la década de 1850 es muy interesante. En 1854 y 1855 funcionaban al menos dos grandes tontinas sobre la vida en el país. Una era la llamada "Compañía de Seguros Mutuos La Tutelar". La segunda se denominaba "El Porvenir de las Familias" (en adelante también "El Porvenir Chileno", para diferenciarlo de la compañía homónima puramente española).

---

[48] Proyecto de Ley del Diputado Salinas, citado por Salamanca, Oscar (1901a), p. 37.

[49] Para un ejemplo de tributos sobre las primas de las tontinas en Chile, véase *Diario Oficial,* 1 de enero de 1879: Artículo 1°: "Se establece una contribución del tres por mil a los siguientes valores: 7 [LO] capitales depositados en *El Porvenir de las Familias* y otras casas de seguro sobre la vida".

[50] Salamanca, Óscar (1901b), *Contrato de seguro y la reglamentación de las compañías anónimas extranjeras*, Talca, Imprenta de la Libertad, p. 24, en adelante Salamanca, Óscar (1901b).

La versión chilena de *El Porvenir* fue fundada por el ciudadano español Jacinto María Ruiz, que actuaba como su gerente general, al menos en Chile y Colombia, país en donde esta compañía fue establecida como una agencia de la matriz chilena. El otro socio fundador era José Arrieta, vicegerente general. Arrieta era un aristócrata y diplomático uruguayo que llegó a Chile en 1844, siendo un niño de 11 años. Hizo una gran fortuna y se transformó en un hombre muy influyente en la aristocracia poscolonial chilena. Todos los accionistas de *El Porvenir* (chileno), salvo Ruiz, eran ciudadanos chilenos muy ricos, usualmente políticos.

Más allá de su origen, resulta ser propiamente la primera tontina sobre la vida documentada chilena[51], y fue establecida en Chile, con administración y directorio también chilenos, bajo la entonces nueva Ley de Sociedades Anónimas de 1854. Lo anterior llama la atención, pues, en los tiempos que corrían, no existía ninguna obligación para las aseguradoras nacionales o extranjeras de constituirse como sociedades anónimas.[52] Como apunta Briceño, durante gran parte del siglo XIX, las compañías sólo requerían de autorización estatal para ofrecer contratos de seguro y operaban normalmente como agencias de sociedades extranjeras.[53]

El negocio de *El Porvenir* chileno consistía en vender pólizas de sobrevivencia a una tasa del 6 %, mucho más alta que su competencia directa en el país (La Tutelar o también llamada "La Tutelar Española"), que las ofrecía sólo al 3 %.[54]

Durante la segunda mitad de la década de 1850, *El Porvenir de las Familias* chileno saltó al mercado latinoamericano con mucho éxito, llegando a convertirse en una verdadera transnacional de los seguros mutuos

---

[51] Contra véase SALAMANCA, Óscar (1901a), p. 23: "No es una sorpresa que las compañías de seguro de vida sean hoy monopolizadas por compañías extranjeras".

[52] No hemos encontrado documentos de su establecimiento como sociedad, pero sí de su transformación en sociedad anónima en 1854 bajo la nueva Ley Chilena de Sociedades Anónimas. Alguna información sobre su establecimiento en ALCALDE, Jaime (2014), "La historia legislativa de la agencia de sociedad extranjera", en *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* Nº 42, pp. 601 y ss.

[53] BRICEÑO, Moisés (1898), p. 22.

[54] Estatutos de *La Tutelar,* Valparaíso, 1854, artículo 5.

sobre la vida. Sus negocios iban desde el seguro de vida en modalidad de pensiones para la vejez hasta el préstamo de capitales a particulares e incluso a los nacientes Estados americanos. Resulta sorprendente que *El Porvenir* chileno haya sido un importante acreedor del Estado de Chile, tal como se lee en los documentos firmados por Arrieta que se encuentran en el Archivo Nacional, fechados en 30 de julio de 1865, por los que *El Porvenir* prestó al gobierno $ 432.000[55] a una tasa del 8 %. Asimismo, figuran como suscriptores de la tontina de Arrieta el entonces presidente del Estado del Paraná (que se separó de Brasil en 1863) con $ 50.000 y el aristócrata argentino Juan Anchorena con $ 30.000.

La tontina de Arrieta estaba relacionada con otra compañía llamada *El Progreso de Chile*, que financiaba habitaciones populares a una tasa de interés del 8 %, perfectamente coincidente con la tasa que necesitaba para financiar su propia aseguradora de vida.[56]

Esta compañía de seguros, la primera de vida en el país, tenía agencias en Lima, Nueva Granada (hoy Colombia), la Confederación Argentina, Ecuador, México. Sus estatutos colombianos (de 1856) confirman que estaba en los planes de la compañía abrir agencias en el Reino Unido y Alemania, para aprovechar lo que se identificaba como "las ventajas del interés compuesto que ofrecía Europa a los capitales y especulaciones en tiempos normales".[57] En todas sus operaciones, tanto en Chile como en el exterior, *El Porvenir* publicitaba la constitución de una fianza a favor del Estado de Chile a una tasa del 3 %[58], acaso porque la primera Ley Chilena de Sociedades Anónimas, de 1854, exigía un capital en garantía. Ya hemos señalado que las demás tontinas no se caracterizaron por exigir un capital mínimo ni por depositar reservas, por lo que *El Porvenir* en su versión chilena (y latinoamericana) aparece como una compañía mucho más sofisticada que muchas que operaban en el mundo durante esta misma época.

---

[55] *Boletín de las Leyes y Decretos del Gobierno*, Imprenta Nacional, Santiago, 1865, pp. 360 y ss.

[56] *Diario Oficial* Nº 1.618, de 1877.

[57] *Estatutos* de *El Porvenir* (Edición Colombiana), Capítulo XIII.

[58] Los *Estatutos* de *El Porvenir* (p. 6) reconocen que "La Tutelar" era la única compañía además de *El Porvenir* que tenía rendida fianza. Sin embargo, la fianza de "La Tutelar" era deuda española, como muestran sus propios estatutos (artículo 4).

De hecho, la otra compañía que operaba seguros de esta clase en Chile y en Latinoamérica ("*La Tutelar*"), de capitales y administración españoles, siempre funcionó como una agencia.[59] En efecto, esta compañía desarrolló su negocio de una forma diferente, sin contar con representantes del Estado en la supervigilancia de sus actividades, y usó los estatutos españoles, que se limitó a publicar en Chile y otros países.

El impacto latinoamericano de esta compañía chilena es evidente. El *Almanaque de Comercio de Lima* de 1876 describe que en 1863 comenzó sus operaciones una compañía chilena de seguros mutuos llamada *El Porvenir de las Familias*.[60] Esta agencia, junto a otra llamada "La Patronal", de la que no sabemos mucho, también funcionó como casa de préstamos para los pobres. Durante la guerra con Perú y Bolivia, *El Porvenir* fue expulsada y no hay registro de que haya regresado para la ocupación chilena de Lima.

La versión chilena de *El Porvenir* abrió negocios en Colombia en 1856. En ese país, como sus propios estatutos lo reconocen, también funcionaba "La Tutelar", como agencia de capitales españoles.[61] Fabio Ortiz Guzmán apunta que los colombianos eran "compradores muy importantes" de pólizas de la compañía chilena *El Porvenir de las Familias*[62], pero no hay huellas de su existencia después de 1880.[63]

En Argentina, según informa Crocco, la primera compañía de seguros de vida habría sido "La Tutelar, Compañía General Española de Seguros Mutuos sobre la vida", establecida como agencia en 1855.[64] El *Porvenir de las Familias* tuvo presencia en Buenos Aires, pero no sabemos con

---

[59] *Estatutos* de *La Tutelar*, cit., *passim*.

[60] GUERRA, Margarita (1996), *La ocupación de Lima 1881-1883. Aspectos económicos*, Lima, Ediciones de la P. Universidad Católica del Perú, p. 100.

[61] *Estatutos* de *La Tutelar,* cit., p. 6

[62] ORTIZ GUZMÁN, Fabio (2014), p. 62.

[63] El poeta y político chileno Guillermo BLEST GANA era el agente en el Ecuador de *El Porvenir de las Familias* en 1856.

[64] Según CROCCO, Eduardo (2008), "Historia del seguro de vida rioplatense desde su aparición hasta su consolidación en 1859", en *Ius Historia*, Universidad del Salvador, Nº 5, p. 258, "La Tutelar" aseguró la vida del general Justo José de Urquiza el 6 de febrero de 1866, particularmente en la agencia de Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos.

certeza si se trata de la versión chilena o de una agencia de la compañía española. Sólo se sabe (por los estatutos chilenos de *El Porvenir*[65]) que se habían establecido agencias en Buenos Aires, y hay registros de que en 1858 Ramón Joaquín López de Casa Blanca trató de contactar personas para establecer un directorio bonaerense para dicha empresa.[66]

México es un buen ejemplo del éxito de las compañías aseguradoras organizadas como tontinas sobre la vida. El 2 de febrero de 1865 se estableció una compañía local llamada "La Bienhechora".[67] Los largos 184 artículos de sus estatutos muestran que esta compañía ofrecía un régimen típicamente tontinario[68] por períodos de 5, 10, 15, 20 y 25 años. Su autorización para funcionar la dio a su fundador, Joaquín Acebo, el mismo Maximiliano, emperador de México, el 17 de febrero de 1865[69], previo depósito de $ 40.000 pesos. Según Minzoni, estas compañías de seguros de vida locales no durarían mucho tiempo por causa del desorden político y social, aun cuando se sabe que al menos "La Bienhechora" duró 50 años, lo que en realidad no es un período tan reducido. En 1887, se fundó "La Mexicana" por Luis Terrazas y Enrique Creel. Según Minzoni, se trataba de una compañía de seguros "científicos" para el cálculo de sus primas[70], lo que no parece ser completamente ajustado a la realidad. En 1910 el seguro de vida se reservó a sociedades anónimas y cooperativas y en 1926 se exigió una reserva en la Tesorería del Estado para emprender y mantener el negocio de asegurar vidas, muy en línea con lo que venía ocurriendo en Chile.

7. Prohibición (relativa) del régimen tontinario en Chile

La Ley Nº 4.227, de 1927, llamada "de nacionalización de la industria aseguradora", contiene una disposición que en Chile se ha identificado como la primera prohibición de las tontinas. Es preciso recordar que nuestro

---

[65] *Estatutos* de *El Porvenir*, cit., p. 14.

[66] Crocco, Eduardo (2008), p. 258,

[67] Minzoni, Antonio (2005), p. 22 (quien cita el *Diario del Imperio* de 7 de febrero de 1865).

[68] *Ibid*., p. 22.

[69] *Ibid*., p. 23.

[70] *Ibid*., p. 28.

Código de Comercio trataba de las tontinas expresamente en su texto original, el que fue reemplazado en lo relativo al seguro terrestre sólo en 2013.

La norma prohibitiva de 1927 no estaba en el Proyecto de Ley enviado al Congreso, sino que fue adicionada en el Parlamento, en concreto, en el Primer Informe de la Comisión. La *Historia de la Ley* no informa las razones de esta novedad, pero, como hemos señalado más atrás, pensamos que se debe a la mala fama que las tontinas habían ganado en Nueva York tras el *Informe Armstrong* y la visita de la *Misión Kemmerer* al país.

El D.F.L. Nº 251 de 1931 repite la prohibición de 1927, pero agrega la interdicción parcial de "chatelusianas y mixtas y de asociaciones mutuales que tengan por objeto asegurar riesgos de cualquiera naturaleza, a base de cuotas y no de primas".

El actual artículo 5º del D.F.L. Nº 251 prescribe, en lo que interesa:

Art. 5º. Desde la fecha de esta Ley queda prohibido en Chile el establecimiento de tontinas, chatelusianas, mixtas y de asociaciones mutuales que tengan por objeto asegurar riesgos de cualquiera naturaleza, a base de cuotas y no de primas, o cuando empleen estas últimas no puedan garantizar los beneficios que ofrezcan.

La prohibición, al contrario de lo que suele entenderse, no es absoluta. Lo que se encuentra prohibido es "establecer" esta clase de compañías, pero no se prohíbe que una compañía del segundo grupo ya establecida en el país pueda comercializar rentas vitalicias o temporales con créditos de mortalidad, bastando, como es evidente, que si emplean primas (que es un requisito esencial del contrato de seguro), los aseguradores puedan garantizar los beneficios que ofrezcan.

8. El seguro de personas en Chile en el siglo XX

La evolución de lo que hoy llamamos seguro de personas durante el siglo XX fue, hasta la década de 1980, bastante rudimentaria en nuestro país. Su presencia se fundamenta básicamente en líneas de comercialización de seguros individuales de vida, de accidentes y, en contadas oportunidades, de enfermedad.

En materia de seguridad social, resulta importante el establecimiento en 1916 de la Ley Nº 3.170, sobre Accidentes del Trabajo. Luego de una serie de leyes sobre accidentes y enfermedades profesionales, en 1968 –durante el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva– se estableció el hasta hoy vigente seguro social obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por medio de la Ley Nº 16.477.[71] El mensaje del ejecutivo al Congreso declaraba que por medio de esta legislación se pretendía "modificar el criterio sustentado por el entonces vigente Código del Trabajo, el cual, en su Título II del Libro II, trata sobre los Accidentes del Trabajo aplicando la vieja teoría de la responsabilidad patronal o de la responsabilidad objetiva".[72] Para ello, se establecía un sistema de tasa única (3,5 %), de manera de evitar la tarificación de primas diferenciadas, propia del seguro mercantil.[73]

El 4 de enero de 1986 se estableció otro seguro obligatorio por medio de la Ley Nº 18.490, sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados (SOAP). Se trata, evidentemente, de riesgos de accidentes que calificarían dentro del concepto actual de seguros de personas, aunque con un tratamiento legal diverso, que examinaremos en la oportunidad correspondiente.[74]

Sin embargo, la gran revolución del seguro de personas en Chile debe atribuirse a dos eventos ajenos al derecho de seguros mercantil. El primero es el auge y democratización del acceso a la vivienda por medio de créditos públicos y privados, que trajo el establecimiento de seguros de desgravamen obligatorios y otros de invalidez que garantizaran a los acreedores el pago de los respectivos créditos.[75] En segundo lugar, la gran

---

[71] Para la historia de las leyes sucesivas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, véase Sierra Herrero, Alfredo y Nasser Olea, Marcelo (2012), "La responsabilidad del empleador por enfermedades profesionales de sus trabajadores. Enfoque jurisprudencial", en *Revista Chilena de Derecho,* vol. 39, Nº 1, pp. 57 y ss. Véase también *infra* 44 y 96.

[72] *Historia de la Ley Nº 16.744*. Mensaje, Párr. 1º.

[73] *Ibid*., párr. 3º.

[74] Véase *infra* 97.

[75] El D.F.L. Nº 210 de 1953, que crea el Instituto de Seguros del Estado, establece como uno de los objetos de esta compañía cubrir riesgos de desgravamen hipotecario de las propiedades

modificación al régimen de pensiones chileno, que estableció el contrato de renta vitalicia previsional como un negocio al que podían ingresar las compañías del segundo grupo como alternativa al "retiro programado", administrado por las AFP.[76]

9. La causa o motivo que induce al acto o contrato en el contrato de seguro de fallecimiento y la llamada "doble función" del seguro de vida: Relación con la bilateralidad del contrato

Pese a las diversas elaboraciones doctrinarias relativas a la causa como elemento del negocio jurídico, la legislación nacional ha sido clara en

---

de los imponentes o deudores hipotecarios. Antes, las Cajas de Previsión Social administraban "secciones de desgravamen". El artículo 81 del D.F.L. Nº 2 de 1959 (texto de 1960 en Decreto Nº 1.101 de 18 de julio de 1960) obliga a todo adquirente de viviendas económicas obtenida con créditos hipotecarios otorgados por la Corporación de la Vivienda, ya sean que adquieran directamente o construyan sus propias viviendas con esta clase de préstamos, a contratar un seguro de incendio y desgravamen que, además, debía contratarse en forma colectiva o de grupo. El Decreto Nº 592 de 1965 establece un *Reglamento de seguro de desgravamen de sociedades cooperativas de viviendas deudoras de la Corporación de la Vivienda*. El Decreto Nº 47 de 1995, que modifica el Decreto Nº 121, de 1967, al agregarle un artículo 57 bis, que establece: "Los Serviu podrán, respecto de todas o de algunas de las líneas de créditos que mantengan en operación, destinadas al financiamiento del precio de viviendas, convocar a licitación pública a compañías de seguro con las cuales los beneficiarios de esos créditos contraten los respectivos seguros de incendio y desgravamen. El monto de la prima que cobrará la compañía de seguros corresponderá a la ofrecida en su propuesta y aceptada por el Serviu, y se recaudará conjuntamente con el dividendo. El Serviu pagará las primas a la compañía aseguradora por cuenta del deudor, aun cuando éste no las hubiere enterado oportunamente, repitiendo luego en su contra o cargando a la deuda estos valores para que se paguen con los dividendos. Los contratos de seguro podrán celebrarlos los deudores directamente con la compañía de seguros que se hubiere adjudicado la propuesta o conferir mandato al Serviu en el contrato de mutuo para que éste los contrate por cuenta y cargo del deudor. El plazo durante el cual la compañía de seguros actuará como aseguradora, será determinado por el Serviu en las Bases de la propuesta, no pudiendo ser inferior a un año ni superior a cinco años. En su propuesta las compañías de seguro deberán ofrecer condiciones para estos seguros que no sean menos favorables para los deudores que las que otorga el Serviu al actuar como asegurador. El Serviu podrá en todo caso, rechazar todas las ofertas si lo estima conveniente a sus intereses o al de los deudores, sin expresión de causa, asumiendo la calidad de entidad aseguradora o convocando a nuevas propuestas ".

[76] Sobre la "renta vitalicia previsional", véase *infra* 54 y 93.

definirla como "el motivo que induce al acto o contrato" (artículo 1467 inciso 2º CCIV).[77] Tal causa o motivo, como es obvio, puede ser psicológico, económico o, como permite el inciso 1º del mismo artículo 1467, meramente liberal o de beneficencia.

La primera función económica del seguro de vida –asociada a la aleatoriedad de todo contrato de esta clase– es "proteger a una o más personas contra las complejas consecuencias del riesgo de muerte".[78] Para ello, el contratante se obliga a pagar una prima al asegurador.

Recíprocamente, pues el contrato es bilateral, el asegurador se obliga a indemnizar[79], aunque bien puede obligarse a más cosas, como, por ejemplo, a administrar una cantidad de dinero cobrada a título de prima para restituir una parte de ella al contratante a su solo requerimiento (rescate total o parcial en un seguro con cuenta de inversión), o bien imputarla a la indemnización a favor de un tercero beneficiario en caso de siniestro.[80]

Las motivaciones, sin embargo, no se agotan en las prestaciones sinalagmáticamente asumidas. La motivación interna, económica o psicológica, es tanto o más importante de analizar a la hora de estudiar los seguros de vida.

Para el asegurador de vida, la motivación interna se encuentra en recolectar y obtener un lucro tarificado previamente conforme a las leyes de los grandes números y la utilización de metodologías estadísticas determinadas por tablas de mortalidad. El asegurador podrá, además, hacer con la prima recolectada otros negocios permitidos, normalmente regulados, que pueden

---

[77] Sobre la causa en el contrato véase, en general, el resumen de López Santa María, Jorge (1981), "Causa y *consideration* en los contratos", en *Revista de Derecho y Jurisprudencia* LXVIII Nº 2, pp. 71-81.

[78] Nicolas, Veronique (2012), p. 499. Para un resumen de la aleatoriedad en el seguro, Hoyl, Rodrigo y Ruiz-Tagle, Carlos (2014), *El contrato de seguro*, Santiago de Chile, Thomson Reuters, p. 12.

[79] Para el carácter sinalagmático del seguro y el análisis de la prestación a que es obligado el asegurador de personas, véase Picard, Maurice y Besson, André (1964), *Les assurances terrestres en Droit Francais*, 2ª Ed., Paris, L.G.D.J., p. 45.

[80] Sobre esta clase de seguros, véase *infra* 89.11 y siguientes.

ir desde la inversión en instrumentos establecidos dentro de un *portfolio* legalmente determinado, hasta desarrollar un negocio crediticio.[81]

En el caso del contratante, los motivos internos que lo inducen suelen ser variados y diversos, particularmente en los seguros de fallecimiento. Estos motivos pueden ir desde querer mejorar a un tercero beneficiario (ordinaria pero no exclusivamente un familiar), con lo que la causa se manifiesta en el derecho a designar beneficiario consagrado en el artículo 593 CCOM, hasta obtener beneficios tributarios en vida, conforme lo permite el artículo 17 Nº 3 de la Ley de Impuesto a la Renta o el artículo 20 de la Ley de Impuesto a las Herencias y Donaciones.[82]

La causa interna que motiva al contratante puede coexistir con la de proveerse ahorros por medio de la acumulación de primas en la póliza de vida, obtener la inembargabilidad de parte de sus bienes conforme lo permite el artículo 445 Nº 6 CPC[83], alterar legalmente el régimen de legítimas sucesorias y de donaciones entre vivos o *mortis causa*, etcétera. Como se aprecia, en algunas de esas motivaciones no aparece con toda claridad el elemento mutual propio de toda contratación de seguros.

Como se aprecia, en los riesgos puros de muerte o sobrevida, el seguro se puede asimilar arquetípicamente al contrato de apuesta.[84] Autores como Walford, en su clásica obra del siglo XIX, llegaron a afirmar que "una compañía de seguros de vida es un banco, en que los depósitos se hacen anualmente para ser retirados a la muerte del depositante; es una lotería al revés…".[85] La asociación con la apuesta sobre la vida propia (o la de un tercero) ha sido morigerada en el tiempo, aunque no

---

[81] Sobre las compañías de seguro del segundo grupo como entidades mutuantes véase, entre otras disposiciones, la NCG Nº 208.

[82] Sobre la tributación del seguro de vida, véase *infra* 92.

[83] Sobre la inembargabilidad del seguro de vida, véase *infra* 89.16 y siguientes.

[84] Para la necesidad de distinguir entre el seguro y la apuesta, PROVOST, Magalie (2009), pp. 21 y ss., y 41 y ss.

[85] WALFORD, Cornelius (1868), p. 369, lugar en donde cita el llamado "12th Report of Registrar-General (Dr. Farr.)". En este mismo sentido, al analizar calidad de ahorro del seguro de vida, la opinión de PLANIOL, Marcel (1921), *Traité pratique de droit civil francais* II, Paris, L.G.D.J., p. 673.

completamente eliminada por razones sobre las que ahondaremos al tratar del interés asegurable.[86]

Por todo lo anterior, no resulta extraño oír hablar de la "doble función" del contrato de seguro de fallecimiento, calificada por el interés del asegurado y del contratante en que no se produzca el riesgo, identificable con su función indemnizatoria original y, en segundo término, por el interés del contratante en proveerse de una inversión u otras ventajas asociadas a ésta, lo que califica como la función de supuesto "ahorro".[87]

Más que una doble función *per se*, pensamos que esta característica de los seguros de vida debe asociarse a la motivación interna del contratante, causada por la mecánica económica del seguro de vida sobre la base de primas niveladas.[88] Esto significa que, aunque parezca obvio, el seguro de vida tiene, por una parte, una modalidad asegurativa (de transferencia de un riesgo determinado, condicional y aleatoria contra el pago de una prima), pero, por otra, puede desempeñar una función compatible con lo que usualmente se manifiesta como una modalidad de ahorro,[89] particularmente en las pólizas de vida entera, dada su larga duración y la nivelación de la prima, que permite utilizar ese "ahorro" para el pago de primas futuras o para rescatarlas en vida por el contratante.[90]

Los motivos que pueden llevar a la elección de una, otra o ambas modalidades de contratación son y suelen ser distintos, incluso para personas que opten por el mismo producto.

---

[86] Sobre el contrato de "wagering", Clarke, Malcom *et al.* (2002), *The Law of Insurance Contracts*, 4th Ed., London, LLP, pp. 111 y ss. Véase también Mac Gillivray, Evan James (2003), pp. 34 y s. Sobre el interés asegurable en el seguro de vida véase *infra* 19.3 y, muy especialmente, 65 y siguientes.

[87] Sobre algunos aspectos de esta doble función, Nicolas, Veronique (2012), pp. 499 y ss.

[88] Para la acumulación de un saldo o registro en dinero a favor del contratante como efecto del pago de prima nivelada, véase *infra* 89.12.

[89] Contreras, Osvaldo (2014), *Derecho de seguros*, Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 630 y ss., califica estas funciones económicas entre las "ventajas" del seguro de vida.

[90] Sobre esta particularidad, véase Barrera Monje, Alejandro (2015), "El seguro de vida y sus extensiones de cobertura", en *Seguros. Temas esenciales* (Fernando Palacios, editor), 4ª edición, ECOE y U. de la Sabana, Bogotá, pp. 495 y ss.

La finalidad económica del contratante puede variar durante la ejecución del contrato, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de contratos de larga duración. De esa forma, habiendo tenido el motivo inicial de proteger a un tercero beneficiario con una indemnización por causa de muerte del asegurado, el contratante puede ejercer su derecho a retirar el dinero de la cuenta de inversión o registro de la que es acreedor mediante su "derecho de rescate". Este derecho de rescate puede ser total o parcial, vale decir, puede girar todo el dinero de su cuenta de inversión, o bien sólo una parte de éste, siempre respetando los términos y oportunidades fijados en la póliza.[91] Si el contratante no hace uso de este derecho de rescate total o parcial, la prima acumulada a título de lo que vulgarmente se llama "ahorro" aumentará la indemnización en caso de siniestro que cede a favor del beneficiario en los términos descritos en la Circular Nº 2.180 de la SVS.[92] Si el contratante, en cambio, llega a la edad máxima de permanencia en el contrato, el asegurador debe restituirle el capital registrado en la cuenta de inversión.[93]

Esta modalidad de aseguramiento de vida goza de bastante popularidad en el país y se ha consolidado como un vehículo de inversión muy demandado, particularmente porque hasta el 1 de enero de 2017 era compatible con algunas ventajas tributarias adicionales a las exenciones conocidas para los seguros de vida (como las del derogado artículo 57 bis LIR), y con ciertas modalidades o planes de ahorro previsional voluntario (APV).

Con todo, y como hemos señalado, sería ingenuo pensar que la causa interna del contrato de esta clase se agota en la sola finalidad de ahorrar. En efecto, las modalidades de inversión además proporcionan a ese mismo "ahorro" el carácter de inembargable para el contratante, según lo dispuesto

---

[91] El rescate total, con todo, produce la terminación del seguro. Sobre esto véase *infra* 68.6.

[92] En situaciones de morosidad en el pago de la prima, puede afectarse el dinero de la cuenta de inversión al pago de primas adeudadas, de manera de mantener vigente el seguro.

[93] BARRERA MONJE, Alejandro (2015), p. 494, señala que en este caso el seguro se "dotaliza", lo que es cierto si se ha pactado tal evento como un riesgo de sobrevivencia. En tal caso, el pago es indemnizatorio y no restitutorio y queda afecto al inciso 2º del Nº 3 del artículo 17 LIR, sobre tratamiento tributario de los seguros dotales. Sobre esto, véase *infra* 92, letra b).

en el artículo 445 Nº 6 CPC[94], mientras se encuentre en el patrimonio de la compañía. Además, el dinero computado en la cuenta de inversión mantiene un régimen tributario bastante conveniente para el caso del impuesto a la renta (artículo 17 Nº 3 LIR) y muy particularmente para el tributo aplicable a las herencias y donaciones (artículo 20 LIHAD).

10. Masividad del seguro de fallecimiento y su importancia para el crédito

La experiencia nacional demuestra que la contratación colectiva de seguros de fallecimiento es muy relevante, acaso mucho más relevante para el desarrollo del país y de la industria que las llamadas líneas "individuales".

Según nuestra legislación, son seguros colectivos "*aquellos que mediante una sola póliza cubren contra los mismos riesgos a un grupo determinado o determinable de personas*" (artículo 513 letra w) CCOM). En los seguros de personas, los seguros colectivos son muy utilizados en coberturas de salud, accidentes personales, etcétera.[95] Por su asociación al crédito masivo y su importancia, sobresale el llamado "seguro de desgravamen". Se trata, en último término, de un seguro de fallecimiento cuyo beneficiario es el acreedor del asegurado. Como se ha señalado más arriba, la legislación nacional se ha hecho cargo desde hace mucho de esta clase de seguros[96], aun cuando el concepto de desgravamen carece de una definición legal. La Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago lo ha descrito por sus efectos, al señalar que "el seguro de desgravamen hipotecario es el que el asegurador cancela (sic) al acreedor del asegurado la deuda el saldo pendiente de la misma, liberando al heredero y cónyuge sobreviviente de este último de su pago".[97]

Normalmente asociados a créditos bancarios, aunque también a préstamos otorgados por otras entidades financieras públicas y privadas, como casas

---

[94] Sobre la inembargabilidad en el seguro de vida, véase *infra* lo dispuesto en relación con el artículo 445 Nº 6 CPC.

[95] Véase *infra* 58.

[96] *Supra* nota Nº 75.

[97] *Revista de Derecho y Jurisprudencia* LXXXVIII (1991) Nº 3, Segunda Parte, Sección Segunda, p. 109.

comerciales, los seguros de fallecimiento[98] de finalidad liberatoria en un mutuo tienen una alta demanda y han sido objeto de regulaciones modernas, tendientes a la protección al deudor, que examinaremos en su oportunidad.

11. Necesidad de una adecuada tarificación sobre la base de tablas de mortalidad y de una adecuada reserva técnica

Como se señaló al analizar la perspectiva histórica, el seguro en Chile no conoció tablas de mortalidad propias sino hasta avanzado el siglo XX. Este fenómeno se repitió, aunque con ciertos matices, en los demás países de Latinoamérica.[99]

Es evidente que la falta de medios técnicos, sumada a la ausencia de regulación estatal de la actividad, retrasó, aunque no impidió, el desarrollo de los seguros de personas en Chile, y muy concretamente los seguros de vida en todas sus modalidades.

Aun cuando hemos advertido que las compañías que funcionaban en el país contaban con fianzas rendidas en Chile o ante los Estados o reinos en que estaban sus matrices, sólo con la promulgación de la Ley Nº 4.227, del año 1927, se puso a cargo de la entonces llamada Superintendencia de Seguros la fiscalización de la exactitud de la "reserva en curso" y de la "reserva matemática" (artículo 1° Nº 4).

En relación con las compañías de seguros sobre la vida extranjeras, a las que se les ordenó abandonar sus actividades en el país con motivo de la entrada en vigencia de esta ley (salvo que hicieran uso de un derecho especialísimo a radicarse en Chile, consagrado en el artículo 61), se les instruyó constituir capitales representativos de reserva matemática en la también creada Caja Reaseguradora de Chile. Para el caso de las tontinas

---

[98] Esta metodología asegurativa puede aplicarse a la invalidez en grados importantes, que prive al deudor de su capacidad de trabajar y, por ello, de pagar (como por ejemplo la llamada "invalidez 2/3").

[99] González Cortés, Ezequiel (1927), *Los seguros sociales (enfermedad, maternidad, invalidez y muerte)*, Santiago de Chile, p. 6, da cuenta de que, en la década de 1920, en Chile la esperanza de vida humana oscilaba entre los 28 y 30 años.

que aún funcionaban con alguna regularidad, manejando negocios de rentas vitalicias con créditos de mortalidad, se estableció un plazo de seis años para "amoldar las inversiones de sus reservas", de manera de ponerse bajo la supervigilancia de este nuevo regulador.

Como se aprecia, desde 1927 el interés del legislador, además de exigir un capital mínimo, fue regular fuertemente la reserva y la inversión de los recursos captados por las aseguradoras a título de prima, incentivando un sistema de tarificación sobre principios actuariales y de liquidez sobre la base de reservas estatalmente controladas.

Más tarde, concretamente el 20 de mayo de 1931, el texto original del D.F.L. Nº 251 dispuso que los fondos acumulados correspondientes a las reservas técnicas, capital y reservas sociales debían ser invertidos por las compañías en una serie de instrumentos en Chile. El mismo texto señalaba que a lo menos el 20 % del capital, reservas sociales y técnicas debía estar invertido de acuerdo con la superintendencia en bienes cuya liquidación sea fácil y "en cualquier momento". Esa inversión no podía ser inferior al 25 % de las reservas técnicas en las compañías del segundo grupo (artículo 21).

A su turno, el artículo 23 del texto original del D.F.L. Nº 251 disponía que toda compañía de seguros quedaba obligada a constituir un *fondo de reserva*, cuyo monto será igual, a lo menos, a la mitad de su capital social con una cuota no inferior al 10 % de sus utilidades líquidas anuales.

Con ello, y con la aparición de las primeras tablas de mortalidad propiamente nacionales, surge un nuevo impulso en el aseguramiento de personas en el país, repitiendo el fenómeno de las tontinas sobre la vida de la década de 1850, pero ahora sobre bases supuestamente más científicas y con controles efectivos de parte de la autoridad central, por medio de una superintendencia.

12. La reserva en la legislación actual: Clasificación de las reservas técnicas y la importancia de la reserva matemática en los seguros de personas

De conformidad a la legislación vigente, las compañías aseguradoras y reaseguradoras deben constituir reservas técnicas que reconozcan las obli-

gaciones emanadas de la venta o aceptación de riesgos de seguros. Según dispone el artículo 3º letra f) del D.F.L. Nº 251, además, la fiscalización de la exactitud de esta reserva es una de las obligaciones más relevantes de la SVS (hoy CMF),[100] razón por la que este organismo ha dispuesto una serie de *Normas de Carácter General* y *Circulares* en uso de las facultades otorgadas por el artículo 4º letra e) del D.L. Nº 3.538 y 4.1 de la Ley Nº 21.000.

Entre las disposiciones administrativas relativas a esta cuestión, sobresale la NCG Nº 306, de 14 de abril de 2011, que regula con gran detalle la reserva que deben constituir y mantener las compañías de seguros en la oferta y aceptación de riesgos, con la salvedad de que no se trate de riesgos previsionales del D.L. Nº 3.500.

Con todo, antes de analizar las disposiciones administrativas, debemos detenernos en la disposición legal más relevante sobre la reserva. Ésta se encuentra en el artículo 20 del D.F.L. Nº 251, que prescribe: "Las entidades aseguradoras y reaseguradoras establecidas en el país, para cumplir con las obligaciones provenientes de la contratación de los seguros y reaseguros, deberán constituir reservas técnicas, de acuerdo a los principios actuariales, procedimientos, tablas de mortalidad, tasas de interés y otros parámetros técnicos que, por norma de carácter general, establezca la Superintendencia. Su modificación o reemplazo deberá comunicarse a las compañías con 120 días de anticipación, a lo menos".

Como se aprecia, para la constitución y mantención de las reservas técnicas el legislador ha recurrido directamente a los principios actuariales y parámetros técnicos y, muy particularmente, al uso de tablas de mortalidad y a la regulación de la llamada "reserva matemática", sobre la que retornaremos en el párrafo siguiente.

---

[100] El 23 de febrero de 2017 se publicó la Ley Nº 21.000, que crea la Comisión para el Mercado Financiero (CMF). Según dispone el artículo 67, la CMF es "para todos los efectos legales la sucesora y continuadora legal de la SVS y del Servicio denominado Superintendencia de Compañías de Seguros y Bolsas de Comercio". La misma norma dispone que todas las referencias que se hagan a la SVS, al superintendente de Valores y Seguros y a la Superintendencia de Compañías de Seguros, Sociedades Anónimas y Bolsas de Comercio, contenidas en distintas disposiciones legales o reglamentarias y estatutos, se entenderán hechas a la CMF, al Consejo, o a su presidente. Del mismo modo, las referencias que se hagan al D.L. Nº 3.538, o Ley Orgánica de la SVS, se deben entender hechas a la Ley Nº 21.000.

13. Clasificación legal de las reservas técnicas y su importancia en los seguros de personas

El artículo 20 del D.F.L. Nº 251 clasifica las reservas técnicas en varias categorías distintas, que deben ser leídas con relación a las disposiciones de la NCG Nº 306, sobre reservas técnicas para riesgos no previsionales:[101]

1. Se llama *reserva de riesgo en curso* (RRC) la que se debe constituir para responder por las obligaciones con los asegurados que sean originadas por primas de contratos de seguros de corto plazo, esto es, respecto de contratos con una vigencia de menos de cuatro años. Dentro de los seguros de personas, suelen ser seguros de corto plazo los de accidentes personales y los de salud, aunque accedan en calidad de cláusulas adicionales a coberturas establecidas en pólizas de largo plazo, como suelen ser las de fallecimiento o de longevidad.

Según dispone la NCG Nº 306 (II.1.1.), la RRC se define como aquella que refleja la estimación de los siniestros futuros y gastos que serán asumidos por la compañía por aquellos riesgos vigentes y que se determina sobre la base de la prima que la compañía ha establecido para soportar dichos siniestros y gastos. Para la constitución de la RRC respecto de las compañías del segundo grupo, la NCG Nº 306 (III.1) reenvía a la metodología y criterios que deben usarse para constituir y mantener la reserva en los seguros del primer grupo, lo que se encuentra en plena consonancia con la autorización que tienen las compañías de seguros generales para comercializar seguros de salud y de accidentes personales (artículo 11 inciso 2º del D.F.L. Nº 251).

2. *Reserva matemática*. Dentro de los seguros de personas es preciso detenerse en la llamada reserva matemática, particularmente por su relevancia en los seguros de vida. Se llama *reserva matemática* la que se manda constituir y mantener para responder por las obligaciones de una compañía del segundo grupo con los asegurados, originadas por primas de contratos de seguros de largo plazo, esto es, de una vigencia superior a cuatro años.

[101] Para el cálculo de la reserva del seguro de invalidez y sobrevivencia del D.L. Nº 3.500, a su vez, la SVS ha dictado la NCG Nº 243.

La NCG Nº 306 (III.2.1) dispone que la reserva matemática corresponderá al valor actual de los pagos futuros por siniestros que generarán las pólizas, menos el valor actual de las primas futuras. El valor actual de ambos factores de la operación deberá calcularse sobre la base de las tablas de mortalidad y morbilidad que corresponda.

3. Además, existe la *reserva de siniestros por las obligaciones por siniestros ocurridos y que estén pendientes de pago*, situación que debe computarse a la fecha de los estados financieros, así como la reserva por los siniestros "*ocurridos pero no reportados"*.

La NCG Nº 306 (II.3) dispone que la constitución de la reserva de siniestros debe incorporar los gastos de la liquidación de éstos, a fin de reflejar efectivamente el gasto total en que incurrirá la compañía por las obligaciones derivadas del contrato de seguro. Además, ordena que, en el evento en que en dichos gastos hubiera participación de los reaseguradores, también deberán considerarse "brutos" y reconocerse en el activo dicha participación en los mismos. El fiscalizador prohíbe, a su turno, incluir en la estimación de la reserva de siniestros los recuperos, salvatajes o subrogaciones a las que tenga derecho la compañía de acuerdo al contrato de seguro, y permite que se reconozcan como "un activo sólo al momento del traspaso efectivo de la propiedad de éstos a la compañía". La razón de lo anterior es que tales partidas son financieramente eventuales, motivo más que suficiente para entenderlas incorporadas sólo al momento de su traspaso efectivo al patrimonio del asegurador y no antes.

4. La ley contempla, además, la obligación de constituir y mantener una *reserva adicional por aquellos riesgos cuya siniestralidad es poco conocida*, *altamente fluctuante, cíclica o catastrófica* y que, a juicio de la superintendencia, mediante normas de carácter general, sea necesario constituir para el normal desenvolvimiento de la actividad aseguradora o reaseguradora.

5. La ley también contempla una *reserva de descalce*, por los riesgos originados por el "descalce de plazo" de la tasa de interés, de la moneda y de los instrumentos de inversión, entre los activos y pasivos de la compañía.

La NCG Nº 306 la regula como una de las reservas "por el componente de depósito" del seguro, y la define como aquella que debe constituirse

por el riesgo que asume la compañía derivado del descalce en plazo, tasa de interés, moneda y tipos de instrumentos, entre la reserva de valor del fondo y las inversiones que respaldan esta reserva.

6. Finalmente, deberá constituirse y mantenerse una *reserva de valor del fondo* en la parte que corresponda a las obligaciones generadas por las cuentas de inversión en los seguros del segundo grupo que las contemplen. Se trata del caso de los seguros con cuenta única de inversión (CUI), en que existe, además de un componente de seguro, un componente financiero o "de depósito".

Evidentemente, el legislador ha exigido que los aseguradores establezcan un encaje o reserva para responder por este componente financiero que se han obligado a pagar, de manera de garantizar a los inversionistas el cumplimiento de las obligaciones de la compañía al momento de hacer un rescate total o parcial, o para completar la indemnización si es que se produce un siniestro. La NCG Nº 306 (III.3.4.1) dispone que esta reserva debe reflejar la obligación de la compañía asociada a la cuenta de inversión a favor del contratante y corresponde (para cada contrato) al "valor póliza"[102] a la fecha de cálculo de la reserva determinado de acuerdo a las condiciones establecidas en cada contrato, sin deducción de eventuales cargos por rescates que a futuro se produzcan.

Para evaluar la suficiencia de las reservas al cierre de cada estado financiero trimestral, la NCG Nº 306 contempla un *Test de Adecuación de Pasivos* (TAP). En el caso en que, por la aplicación de este test, se compruebe una insuficiencia de la reserva técnica, la compañía deberá constituir la reserva técnica adicional correspondiente.

14. Tablas de mortalidad oficiales. Obligatoriedad (relativa) de su uso en seguros de riesgos no previsionales

Cuando la ley y el regulador recurren a principios científicos y actuariales para garantizar la solvencia de las compañías aseguradoras, se menciona explícitamente la necesidad de uso de tablas de mortalidad. Si se revisan

[102] Para el concepto del "valor póliza", véase *infra* 89.11 y siguientes.

los anexos de la NCG Nº 306, se puede verificar con claridad la forma y metodologías que el regulador ha seguido para unificar y sistematizar la constitución y mantención de las reservas matemáticas precisamente utilizando estos factores de cálculo actuarial.[103]

Según dispone el numeral 2.2 del Título II de la NCG Nº 306, para el cálculo de las reservas matemáticas, las aseguradoras deberán utilizar las tablas de mortalidad o morbilidad que se encuentren vigentes a la fecha de los estados financieros. La mencionada NCG se refiere a las tablas de mortalidad publicadas conjuntamente por las superintendencias de Valores y Seguros y de Pensiones, y que rigen en el país desde el 1 de julio de 2016.[104]

No obstante, la misma NCG establece que las compañías de seguros pueden desarrollar y aplicar sus propias tablas de mortalidad o morbilidad para los seguros no previsionales, determinadas a partir de la experiencia de su cartera de riesgos. Los requisitos para usar "tablas privadas" son varios: en primer término, éstas deben ser aprobadas por la superintendencia (hoy CMF), considerando la representatividad de éstas respecto del universo de asegurados de la compañía. Además, si un determinado asegurador las quisiera utilizar, debe presentar a la CMF un informe técnico actuarial suscrito por el gerente técnico o actuario de la compañía en donde se detallen, al menos, los criterios técnicos considerados en su construcción, las características de las bases de datos utilizadas y la forma en que la compañía aplicaría dichas tablas para la constitución de las reservas técnicas, especificando los riesgos o ramos en los cuales eventualmente operaría.

Una exigencia adicional para utilizar tablas "privadas" es que éstas deben ser aprobadas por el directorio de la compañía de seguros, y deben

---

[103] El regulador ha optado por aplicar la metodología del IFRS 4 (IFRS: *International Financial Reporting Standards*), de marzo de 2004, aplicable internacionalmente, con algunas excepciones, a todos los contratos de seguro, incluido el reaseguro.

[104] NCG Nºs. 398 de la SVS y 162 de la Superintendencia de Pensiones. Para la construcción de las tablas de mortalidad 2014 se contó con el apoyo técnico de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE). Adicionalmente, se estuvo en consulta con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y con el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade).

estar respaldadas por un informe de una empresa de auditoría externa que certifique que los datos utilizados para la construcción de la tabla son fidedignos.[105]

15. Obligación de no gravar la reserva técnica

El artículo 22 del D.F.L. Nº 251 dispone, como medida de protección a la liquidez y solvencia de las aseguradoras, que las inversiones representativas de reservas técnicas no pueden estar afectas a gravámenes, prohibiciones, embargos, litigios, medidas precautorias, condiciones suspensivas o resolutorias, ni ser objeto de ningún otro acto o contrato que impida su libre cesión o transferencia.

La ley dispone que, en el evento de que alguna inversión se viere afectada por uno de los gravámenes señalados, la inversión no podrá ser considerada como representativa de reservas técnicas.[106] La misma disposición, y por idénticas razones, se aplica al "patrimonio de riesgo".

Para los efectos de esta regla no sólo se consideran los litigios, prohibiciones y medidas precautorias, sino que, en consonancia con lo dispuesto en los artículos 1490 y 1491 del Código Civil, califican como gravámenes las condiciones suspensivas y resolutorias, así como cualquier otro acto o

[105] Es importante recordar que el artículo 20 bis del D.F.L. Nº 251 establece que las compañías de seguros "deberán contratar con a lo menos dos clasificadores de riesgo distintos e independientes entre sí, inscritos en el Registro que al efecto lleva la Superintendencia conforme a lo establecido en el Título XIV de la Ley Nº 18.045 de Mercado de Valores, la clasificación continua e ininterrumpida de las obligaciones que tengan con sus asegurados, y muy especialmente para auditar la cantidad y calidad de las inversiones y demás activos de la compañía y la suficiencia de las reservas en relación a las responsabilidades asumidas".

[106] La Ley Nº 20.956 modificó el artículo 21 del D.F.L. Nº 251 y permitió contemplar como representativas de reserva técnica (entre las inversiones de renta variable) las acciones de empresas concesionarias de obras de infraestructura de uso público (artículo 21 Nº 2 letra a). Esa misma disposición modificó el inciso 2º del artículo 22 del mismo D.F.L, dando paso a la posibilidad de que la SVS, mediante norma de carácter general, exceptúe de la prohibición de gravar a las referidas acciones de empresas concesionarias de obras, así como a los bienes raíces señalados en el Nº 4 del mismo artículo 21, y a los instrumentos otorgados como garantía o margen de las operaciones de cobertura de riesgo señaladas en el inciso penúltimo del mismo artículo.

contrato que pueda impedir la libre circulación, transferencia o recuperación de los bienes representativos de reserva técnica.

16. El patrimonio de riesgo y el margen de solvencia de la compañía[107]

El artículo 1 letra f) del D.F.L. Nº 251 (introducido por la Ley Nº 19.301, de 1994, y modificado en 2001 por medio de la Ley Nº 19.769) dispone que el patrimonio de riesgo es "el mayor valor entre" una de estas dos funciones: 1) el patrimonio necesario para mantener las relaciones de endeudamiento establecidas en el artículo 15, que equivalen en los seguros de personas, por regla general, a un máximo de 15 veces su patrimonio[108], o 2) el margen de solvencia que resulte de aplicar los procedimientos generales que se establecen en ese mismo literal, y los factores y mecanismos específicos, por grupos o ramos en que se opere, que se determinen por la superintendencia, mediante norma de carácter general debidamente fundada, la cual entrará en vigencia 180 días después de dictada y, en caso de modificación, deberá comunicarse a las entidades aseguradoras con, a lo menos, 180 días de anticipación a su entrada en vigencia. En general, el detalle del cálculo de este patrimonio de riesgo y del margen de solvencia se encuentra en la NCG Nº 323, de 15 de noviembre de 2011.

El patrimonio de riesgo, en la forma en que es definido por la CMF, "se refiere a la obligación de las aseguradoras de mantener un nivel de patrimo-

---

[107] Para el patrimonio neto de los controladores, véase el artículo 9º bis del D.F.L. Nº 251 y la NCG Nº 402 de 22 de diciembre de 2015 (vigencia: 31 de julio de 2016). La norma señala: "Se entenderá por patrimonio neto consolidado de los controladores de una compañía de seguros a aquel que se calcula como la diferencia entre los activos y pasivos, determinados a nivel consolidado. Para lo anterior, se deberán rebajar del patrimonio neto consolidado de los controladores todas aquellas partidas que no tengan un claro valor de realización o capacidad generadora de ingresos, según los criterios establecidos en la Norma de Carácter General Nº 323 de 2011".

[108] El inciso 2º dispone, sin embargo: "La Superintendencia mediante normas de aplicación general sólo podrá establecer límites de endeudamiento total en relación al patrimonio, superiores a los del inciso anterior para las compañías del segundo grupo, cuando exista razón fundada para ello, condicionado a que cada modificación esté vigente durante al menos un año y que dicho cambio no sea superior a una vez el patrimonio. Con todo, la relación máxima de endeudamiento total para las compañías del segundo grupo no podrá exceder de 20 veces el patrimonio".

nio mínimo [establecido por ley] para ejercer la actividad aseguradora, o un monto superior determinado en función del nivel de operaciones de las compañías. Este patrimonio es el aporte de los accionistas, que garantiza el pago de los compromisos con los asegurados como primera prioridad, y el de otros acreedores en forma subordinada. El objetivo fundamental del patrimonio mínimo o de riesgo es servir de resguardo en caso de que las reservas técnicas de la compañía no sean suficientes para el pago de sus compromisos. Lo anterior, ante la naturaleza por definición probabilística del pago de las obligaciones por la venta de seguros y por ende la existencia de potenciales desviaciones entre la siniestralidad o flujos de pago observados y esperados".[109]

El objetivo principal del margen de solvencia sobre el que debe calcularse el patrimonio de riesgo (artículo 1 letra f) Nº 2 del D.F.L. Nº 251) es que la compañía aseguradora cuente con recursos disponibles para cubrir variaciones extraordinarias provocadas por desviaciones de los riesgos, en exceso de lo esperado estadísticamente. En lo que nos interesa, la ley determina que el margen de solvencia para las compañías del segundo grupo corresponderá a la suma de los montos que resulten de la aplicación de lo señalado en las letras siguientes:

a) Para los seguros de accidentes personales, de salud y adicionales a los de vida, el cálculo se efectuará aplicando las reglas establecidas para los seguros del primer grupo. Lo anterior no sólo es razonable porque muchos (aunque no todos) los seguros de accidentes y de salud son realmente patrimoniales, sino porque en ambas clases de aseguramiento se permite la participación de compañías de ambos grupos, según dispone el artículo 11 D.F.L. Nº 251.

b) Para los seguros de vida que no generen reservas matemáticas, excluidos los contemplados en el artículo 59 del Decreto Ley Nº 3.500 de 1980, se determinará aplicando a los capitales en riesgo un factor fijado por la CMF, que podrá diferenciarse por ramo de seguros o tipo de riesgos, el cual no podrá ser superior al uno por mil. Este resultado se debe multiplicar

[109] Superintendencia de Valores y Seguros, "Nuevo modelo de supervisión de solvencia basada en riesgos para la industria aseguradora chilena", diciembre de 2006, p. 10, número 3.6, disponible en el sitio web institucional de la SVS: http://www.svs.cl/portal/principal/605/articles-16176_recurso_1.pdf.

por la relación existente entre estos capitales de propia conservación y los totales, o por el porcentaje establecido por la comisión, si dicha relación fuere inferior a este porcentaje, el cual no podrá ser superior al 50 %, pudiendo diferenciarse por ramo de seguros o tipo de riesgos.

c) El endeudamiento total de la compañía, excluidas las obligaciones derivadas de los seguros considerados en las letras "a" y "b" precedentes, multiplicado por un quinceavo o por la razón menor que determine la comisión en virtud de lo expuesto en el inciso segundo del artículo 15 (que ya hemos revisado).[110]

El patrimonio de riesgo no podrá ser inferior al patrimonio mínimo y deberá estar respaldado con las inversiones señaladas en el artículo 21 del D.F.L. Nº 251. En caso de que la compañía disminuya su patrimonio neto a un monto menor que el establecido en la ley, se deberá someter al procedimiento de regularización del Título IV del mismo decreto con fuerza de ley.

[110] La superintendencia (hoy llamada CMF), mediante norma de carácter general, podrá exigir a las entidades aseguradoras, contar con un sistema de evaluación del riesgo de mercado de la cartera de inversiones que estime la máxima pérdida probable de éstas. La citada norma determinará los aspectos básicos a que se sujetará el sistema de evaluación, considerando el lapso en el cual pueda ocurrir la pérdida máxima probable, el nivel de confianza de la estimación y la moneda en la cual se calcule la pérdida.

A cada tipo de instrumento de inversión se le aplicarán los factores de riesgo que sean propios a su naturaleza, teniendo en cuenta además las correlaciones entre los distintos instrumentos. Se considerará como factor de riesgo toda variable que incida en el valor de una inversión, tal como la tasa de interés, el tipo de cambio y los índices accionarios. La superintendencia (hoy CMF) podrá, mediante norma de carácter general, exigir un patrimonio de riesgo adicional al indicado en esta letra, asociado a la máxima pérdida probable ya señalada, que no podrá ser superior a la diferencia entre el patrimonio de riesgo determinado conforme lo establecido en los números 1 y 2 de esta letra y el patrimonio de la compañía reducido en la máxima pérdida probable. No habrá requerimiento patrimonial adicional, cuando el patrimonio de riesgo sea inferior al patrimonio reducido en la máxima pérdida probable. La norma señalada o sus modificaciones serán aplicables a partir de 120 días de su vigencia y deberán regir por un período mínimo de un año.

Capítulo II
Los seguros de personas

17. Concepto legal de seguros de personas y su regulación en el Código de Comercio

El artículo 512 CCOM, que encabeza el Título VIII del Libro II, define al contrato de seguro como aquel por el cual "se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio de una prima, quedando este último obligado a indemnizar el daño que sufriere el asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas". En el inciso 2º, la ley dispone que estos riesgos pueden referirse "a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo. No sólo la muerte, sino que también la sobrevivencia, constituyen riesgos susceptibles de ser amparados por el seguro".

El mismo artículo 512 CCOM excluye la aplicación de las normas del referido Título VIII del Libro II a los llamados "seguros sociales",[111] lo que debe ser interpretado con cautela, pues resulta claro que no pocas normas del Código de Comercio reciben aplicación en los seguros de renta vitalicia del D.L. Nº 3.500, cuyo carácter previsional lo hace calificar, al menos en una cuota importante, como un seguro social.[112]

---

[111] La última parte del inciso 2º del artículo 512 CCOM dispone: "No son aplicables a los seguros sociales, a los contratos de salud regulados por el decreto con fuerza de Ley Nº 1 de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763, de 1979, y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469, ni al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales".

[112] El concepto de seguro social en detalle en Gallardo, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 512 inc. 2°", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII, Libro II del Código*

Dentro del Libro II, los artículos 588 a 601 CCOM regulan especialmente los seguros de personas. La definición se encuentra en la primera de estas normas, que señala que son seguros de esta clase "los que cubren los riesgos que puedan afectar la existencia, la integridad física o intelectual, la salud de las personas y los que garantizan a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital o un renta temporal o vitalicia".

Asimismo, los artículos 512 a 544 CCOM disponen una larga lista de normas que la ley califica como "comunes para todo tipo de seguros",[113] vale decir, tanto para los seguros que el artículo 544 CCOM califica como "de daños" como también para todos los seguros "de personas".

Entre tales "reglas comunes a todo seguro" aparecen, por ejemplo, el catálogo de definiciones, los elementos o requisitos esenciales del contrato, la imperatividad normativa, los deberes y cargas de las partes del contrato, etc.

Sin embargo, entre las supuestas "reglas comunes" aparecen algunas que no resultan fácilmente aplicables a la contratación de los seguros de personas, como las dispuestas sobre la subrogación del asegurador,[114] el interés asegurable,[115] la terminación unilateral,[116] entre otras varias materias.

18. Los sujetos y las partes en los contratos de seguro de personas

Al igual que en todo contrato de seguro, pueden participar en un seguro de personas los siguientes sujetos: a) el contratante, b) el asegurador, c) el asegurado y d) el beneficiario.

---

de Comercio (Ríos, Roberto, director y Schiele, Carolina, editora), Santiago de Chile, Thomson Reuters (en adelante citada como "*Comentarios*"), pp. 50-55, quien, sin embargo, califica al sistema de pensiones como un "seguro mixto y excepcional".

[113] El artículo 2º Nº 1 de la Ley Nº 20.667 dispone que estas reglas (y las de los seguros de daños) son aplicables, en lo que no se regule de otra forma, a los seguros marítimos.

[114] Véase *infra* 66.3.

[115] Véase *infra* 65 y siguientes.

[116] Véase *infra* 68.12 y siguientes.

Son "sujetos" del contrato porque el contrato los afecta de alguna manera. Así, son sujetos del contrato bien porque pesa sobre ellos un riesgo determinado (y entonces son llamados "asegurados"), o porque cede a favor de ellos una indemnización sin que sea necesario que hayan prestado su consentimiento[117] (y entonces son llamados "beneficiarios"). De esta forma, el seguro presenta la particularidad de que no todos los sujetos del contrato son *parte* del negocio jurídico, lo que suele conectarse, como veremos al analizar la figura del beneficiario, con la institución de la estipulación a favor de otro del artículo 1449 CC y, dentro de las fuentes tradicionales de las obligaciones, con las que nacen "de la ley".[118]

Ni la ley civil ni la mercantil definen la expresión técnica "partes" de un contrato. Sin embargo, de la lectura del artículo 1438 CC resulta nítido que por "partes" deberá considerarse a los que prestan su consentimiento en un contrato o convención, excluyendo a los terceros que pudieran ser afectados por la relación negocial.[119] El artículo 1449 CC, parte final, a su vez, resuelve esta cuestión de forma clara.

Sólo las partes del contrato, vale decir, el contratante y el asegurador, son quienes prestan su voluntad para contratar el seguro y, como consecuencia de ello, asumen los derechos y obligaciones recíprocas determinadas en las leyes y en el contrato. Estas obligaciones, como veremos al analizar la formación del consentimiento, se contraen o perfeccionan *mero consensu* en los términos del artículo 515 CCOM, esto es, tal como lo dispone el artículo 1443 CC, sin la necesidad de una formalidad o solemnidad especial para que produzcan sus efectos civiles.[120]

---

[117] El antiguo y derogado artículo 519 CCOM expresaba que el seguro por cuenta ajena se podía contratar "aun sin conocimiento ni aceptación" de ese tercero, lo que se reforzaba para el caso del seguro de vida en el artículo 570 CCOM. Sobre la contratación por cuenta ajena, véase *infra* 19.4.

[118] Véase *infra* 22.

[119] Dupuich, Paul (1922), *L'assurance vie*. *Théorie et practique jurisprudence*, París, Dalloz, p. 21.

[120] En el Código de Comercio original, el seguro era un contrato solemne, según disponía su antiguo artículo 514. Si se ajustaba verbalmente, sólo valía como promesa con tal de que los contratantes hubiesen convenido formalmente en la cosa, riesgo y prima (antiguo artículo 515 CCOM).

El artículo 513 CCOM ha definido legalmente cada uno de los conceptos legales de asegurado, asegurador, contratante y beneficiario. Estos conceptos, además de ser palabras definidas por el legislador en los términos del artículo 20 CC, gozan del carácter imperativo que otorga el artículo 542 CCOM[121] a las disposiciones que rigen el contrato de seguro. Esto significa que, en principio, las definiciones no pueden ser alteradas o renunciadas por la parte o el sujeto más débil de la relación negocial.[122]

Según las definiciones legales, debe entenderse por *asegurado* la persona a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador.[123] *Asegurador* es, a su turno, quien toma de su cuenta el riesgo. *Contratante*, por otra parte, es legalmente quien celebra el contrato de seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Finalmente, la ley llama *beneficiario* a quien, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

Si bien la calidad de contratante puede coexistir en una misma persona con la de asegurado (y en ese solo sentido el asegurado es *parte* del contrato de seguro), resulta claro que no todo asegurado es necesariamente parte del contrato. Tampoco es necesariamente parte del contrato el beneficiario, pues el seguro, y muy particularmente el de personas, puede (y a veces *sólo* puede) tomarse a favor de un tercero.

Por ejemplo, el seguro de fallecimiento tomado sobre la propia vida es un típico caso en que el contratante gestiona un interés en favor de un tercero beneficiario, pues el siniestro (la muerte) naturalmente impide que

---

[121] Se ha discutido si las definiciones legales gozan del carácter imperativo del artículo 542 CCOM. Esto lo explica RÍOS OSSA, Roberto (2015), en *Comentarios*, p. 17: "Qué duda cabe, los miembros de la primera comisión redactora no tenían considerado el régimen imperativo de las normas que regulan el contrato de seguro, a lo menos, en cuanto a las definiciones en el artículo 513 del CCOM".

[122] La NCG Nº 349 (II.1) exige que los términos técnicos sean definidos. Se conoce de casos en que la SVS prohibió condicionados por no ajustarse textualmente a la definición legal de los sujetos del contrato. Sobre la imperatividad en el seguro, en general, véase *infra* 67 y siguientes.

[123] Sobre el uso de la expresión "transferir riesgos" y sus críticas, véase GALLARDO, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 512 inciso 2º" en *Comentarios*, p. 43, y RÍOS, Roberto (2015), "Comentario al artículo 513 letra a", en *Comentarios*, pp. 56-57.

sea el contratante/asegurado quien cobre la indemnización pactada. De hecho, la causa de ese negocio es siempre el beneficio de uno o más terceros, ordinariamente un familiar o una persona a quien se le tiene afecto o a quien se le debe algo.

El tercero beneficiario, quien no participa del contrato y puede no saber siquiera de su existencia, es aquel que en caso de siniestro deviene en acreedor de la indemnización, conforme lo dispone el artículo 596 inciso 2º CCOM, que dispone: "Para todos los efectos legales, el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él podrá reclamar la indemnización".

Piénsese, simplemente, en un seguro de desgravamen: en esa clase de seguro el asegurado es el deudor de un determinado crédito y el riesgo asegurado es su muerte durante el plazo en que debe servirse dicho crédito. El beneficiario, a su turno, es el acreedor, ordinariamente un banco u otra institución financiera. Si el deudor (asegurado) muere, se materializa el riesgo y consecuencialmente la compañía de seguro debe pagar la indemnización pactada al acreedor (tercero beneficiario), no a los herederos del deudor. Si bien es cierto que ese pago libera parcial o totalmente a los herederos del deudor de la obligación de servir el crédito, ello no los transforma en beneficiarios del seguro, sino que se trata simplemente de los efectos liberatorios del pago hecho por un tercero.[124]

19. Sujetos del contrato de seguro de personas en particular

A pesar del mandato del artículo 20 CC que ordena atender al significado legal de los conceptos que el legislador ha definido expresamente, un análisis apegado al texto legal e imperativo de las definiciones debe complementarse con un análisis contextual adecuado a los seguros de personas.

---

[124] Un ejemplo de confusión en la calidad de beneficiario en la sentencia publicada en *Revista de Derecho y Jurisprudencia* LXXXVIII (1991) Nº 3, Segunda Parte, Sección Segunda, pp. 109 y s., que considera como beneficiarios del seguro de desgravamen a los herederos del deudor, dado que, según se señala, "adquieren la propiedad del inmueble hipotecado". El efecto de la operación de un seguro de desgravamen es extintivo de una obligación de crédito (efecto personal liberatorio), pero no un efecto adquisitivo de dominio o posesión (efecto real), como razona equivocadamente la corte.

19.1. Primer sujeto del contrato de seguro de personas: El contratante o tomador

Según dispone el artículo 513 letra f) CCOM, se llama contratante, contrayente o tomador "al que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato". El contratante es, evidentemente, parte del contrato de seguro, presta su consentimiento, contrae obligaciones y cargas.

La calidad de contratante puede coincidir con la de otro sujeto del contrato de seguro, que es el asegurado, como cuando se toma un seguro de vida sobre la propia cabeza, en la generalidad de los seguros de sobrevivencia o en la renta vitalicia previsional. Pero puede suceder que la calidad de contratante no coincida con la de asegurado, como ocurre en los seguros tomados sobre la cabeza de un tercero, regulados expresamente por el artículo 589 CCOM.

La figura del contratante, asimismo, puede coincidir con la del beneficiario, como sucede en muchas rentas vitalicias, en la generalidad de los seguros de sobrevivencia, en algunos seguros de accidentes, etcétera. Será la voluntad del contratante y la naturaleza o tipología del contrato celebrado, la que permita o no la coincidencia de la figura del contratante con la de los demás sujetos del contrato de seguro.

El contratante, como parte del contrato, es naturalmente el primer llamado a cumplir los deberes de los artículos 524 y 525 CCOM, aun cuando la ley permite que sea el asegurado quien satisfaga estas obligaciones.[125] El asegurador deberá dirigir precisamente al contratante la información señalada en artículo 514 CCOM, de manera que éste pueda enviarle la oferta de celebrar el seguro a la compañía.

La figura e individualización del contratante es también un requisito que debe comparecer como mínimo en toda póliza de seguro, según lo dispone el artículo 518 CCOM. La individualización es requerida cuando

[125] HOYL, Rodrigo y RUIZ-TAGLE, Carlos (2014), p. 49, ponen el énfasis en el interés para determinar la persona que debe cumplir las cargas del artículo 524 CCOM.

el contratante no es la misma persona que el asegurado, de manera de no forzar la incorporación de cláusulas ociosas o repetitivas.

Como parte del contrato de seguro, el contratante o tomador tiene derecho a que se le entregue la póliza en el plazo de cinco días hábiles contados desde la perfección del contrato (artículo 519 CCOM).

Entre los derechos del contratante se cuentan el de retractación unilateral en la contratación a distancia (artículo 538 CCOM)[126] y los del artículo 596 CCOM, erróneamente atribuidos al beneficiario.[127]

19.2. Capacidad del contratante

A diferencia de lo que ocurre con la persona del beneficiario, e incluso con la del asegurado, en los seguros que no son de fallecimiento regulados por el artículo 589 CCOM, el contratante debe ser una persona capaz de obligarse según las normas del derecho común (artículos 1445 a 1447 CC).

De tal forma, son absolutamente incapaces de celebrar un contrato de seguro "los dementes, los impúberes y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente. Sus actos no producen ni aun obligaciones naturales y no admiten caución".

En el caso del demente, se debe tener presente que la contratación de seguros de personas "sin previa interdicción, serán válidos; a menos de probarse que el que los ejecutó o celebró estaba entonces demente" (artículo 465 inciso 2º CC). Luego del decreto de interdicción, el acto será siempre nulo, aunque se acredite que el demente obró en un intervalo lúcido (artículo 465 inciso 1º CC).

Difícilmente podrá alegar la nulidad el asegurador que contrató con un menor, e incluso con un demente, sabiendo o debiendo saber el vicio

---

[126] Véase *infra* 56.8 y siguientes, y 68.9.

[127] Véase *infra* 90 y siguientes. En los seguros de vida se consideran derechos del contratante los llamados "valores garantizados", consistentes en rescate, préstamos, seguro saldado y seguro prorrogado. También es un derecho del contratante la pignoración y cesión de la póliza del artículo 597 CCOM.

que lo invalidaba, pues aplicará en su contra la regla de *nemo auditur* del artículo 1683 CC.

De igual manera, son incapaces, aunque relativos, los menores adultos y los disipadores que han sido puestos en interdicción de administrar lo suyo. En este último caso, será necesario tener presente que la ley dispone que el pródigo interdicto "tendrá para sus gastos personales la libre disposición de una suma de dinero, proporcionada a sus facultades, y señalada por el juez" (artículo 453 CC), dentro de la cual, cumpliéndose los requisitos antedichos, puede entenderse comprendida excepcionalmente la de contratar algunos seguros de personas.

El incapaz, sin embargo, puede contratar seguros por medio de su representante legal y, en tal caso, los actos del representante producirán los efectos del artículo 1448 CC. Sin embargo, ni aun siendo representado podrá el incapaz contratar un seguro de fallecimiento sobre la cabeza propia, pues los incapaces no pueden ser asegurados.[128]

Los efectos de la declaración de nulidad absoluta o relativa de un contrato de seguros de personas son los señalados en el artículo 1687 CC, vale decir, las partes quedan restituidas "al mismo estado en que se hallarían si no hubiese existido el acto o contrato nulo". Sin embargo, la ley dispone algunas excepciones. Así, en el artículo 539 CCOM, la ley dispone que, "pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal".[129] De igual manera, el artículo 589 inciso final CCOM permite que, una vez pronunciada la nulidad, el asegurador pueda retener los gastos, aunque sólo si actuó de buena fe.[130]

Finalmente, cuando un asegurador contrató con persona incapaz y pagó prestaciones debidas al beneficiario, no puede pedir la restitución de lo

[128] Véase *infra* 20.4 y 65.3 y siguientes.

[129] En los seguros de daños (artículo 558 inciso 3º CCOM, que regula el sobreseguro que proviene de mala fe) se aplica una regla similar.

[130] Sobre este caso véase *infra* 63.4.

que pagó, sino sólo en cuanto pruebe que con ello el incapaz se hizo más rico, conforme las reglas dispuestas a estos efectos por el artículo 1688 CCOM. De esta manera, si se acredita que la indemnización pagada le fue "necesaria" al incapaz, podrá pedirse su reembolso. Igual cosa ocurrirá en el más improbable caso en que la indemnización no le fue "necesaria", pero el dinero subsiste y el incapaz quisiere retenerlo (artículo 1688 CCOM).

19.3. Requisito legal para contratar todo seguro de personas: El interés

Como señala el artículo 589 inciso 1º CCOM, los seguros de personas pueden ser contratados por el propio asegurado o por cualquiera que tenga interés. Si, como veremos en el próximo párrafo, el contratante es el mismo asegurado, la situación no presenta demasiados problemas, pues el interés viene presumido.

Distinto es el caso del seguro contratado por "cualquiera que tenga interés", pues el legislador en este caso, lamentablemente, ha supuesto que contratante y asegurado son la misma persona, vale decir, el caso más común. Pero tal caso no es el único. En efecto, si el contratante y el asegurado no fueran la misma persona, el primero debe obligatoriamente tener interés en la preservación de la salud, vida, o integridad física o psíquica del segundo. De otra manera no se puede contratar el seguro, lo que en último término se traduce en la nulidad absoluta, contemplada en el inciso 3º del mismo artículo 589 CCOM.

Por supuesto que el interés en la preservación de la vida, integridad y salud de un asegurado puede tenerlo una persona jurídica, por ejemplo, cuando tiene interés en la preservación de la vida o integridad de uno o más trabajadores, ejecutivos, deudores, etcétera.

19.4. Contratación del seguro de personas a nombre propio, a nombre de un tercero, por cuenta propia y por cuenta ajena: Problema de esta distinción en algunos seguros de personas

El artículo 516 CCOM dispone los diversos modos de contratar un seguro. La regla legal dispone: "El seguro puede ser contratado por cuenta propia,

o por la de un tercero en virtud de un poder especial o general, y aun sin su conocimiento y autorización. También podrá contratarse por cuenta de un tercero indeterminado pero determinable, según lo estipulen las partes, individualizando al asegurado en la póliza bajo la fórmula 'a quien corresponda'.

Se entiende que el seguro corresponde al que lo ha contratado, toda vez que la póliza no exprese que es por cuenta o a favor de un tercero.

En los seguros por cuenta ajena, si el tomador se encuentra en posesión de la póliza, tiene el derecho a cobrar la indemnización, pero el asegurador tiene derecho a exigir que el tomador acredite previamente el consentimiento del asegurado o demuestre que obra por mandato de éste o en razón de una obligación o interés legal".

La regla, actualmente contenida en el inciso 1º del artículo 516 CCOM, repite la antiguamente expresada en el artículo 519 CCOM original de Ocampo, aun cuando hoy se adiciona que el seguro puede contratarse por cuenta de un tercero "determinable", señalándose en la póliza que se toma a favor "de quien corresponda", opción que la ley antigua no contemplaba.

Según Hoyl y Ruiz-Tagle, lo que el legislador quiso decir al regular esta materia más bien es que el contratante puede actuar "a nombre propio" o "a nombre de un tercero" en la contratación de un seguro, debiendo distinguirse si actúa como representante legal o mandatario, o bien sin facultades (caso en que cabe el actuar fuera del límite del mandato o *ultra vires*).[131] Nos parece que la cuestión merece un análisis detenido, pues el artículo 516 CCOM efectivamente parece tratar del seguro con y sin representación (a nombre), pero también de los efectos y beneficios que el contrato puede producir en terceras personas.[132] Evidentemente ambas situaciones son muy distintas.

---

[131] HOYL, Rodrigo y RUIZ-TAGLE, Carlos (2014), pp. 49-52. Para la naturaleza representativa, de gestión de negocios, de negocio a favor de un tercero o de sustitución, véase SÁNCHEZ CALERO, Fernando (2001), en AA.VV., *Ley de Contrato de Seguro*, 2ª Edición, Pamplona, Aranzadi, p. 167.

[132] Sobre la distinción "a nombre ajeno" y "por cuenta ajena" en el seguro, con referencia al Código Italiano, véase STEIDL, Enrico (1990), *Il contratto di assicurazione*, 2ª Ed., Milano, Giuffrè, pp. 75 ss.

Según apunta Garrigues, hay seguro por cuenta ajena cada vez que el contratante y el asegurado son personas distintas.[133] Agrega que el seguro por cuenta ajena quebranta "los principios clásicos de la representación indirecta, da entrada en la ejecución del contrato para reclamar la prestación del asegurador a una persona distinta de la que tomó el seguro".[134] Por otro lado, Sánchez Calero sostiene que la diferencia entre el seguro por cuenta propia y por cuenta ajena "está basada en la diferencia del sujeto que "es titular del interés del asegurado. En el primer caso, este titular es el tomador, en el segundo, el titular del interés es un tercero".[135]

En nuestro medio, Stitchkin, ha explicado que la expresión "por cuenta de una persona" significa que "sólo a esa persona corresponden los productos o beneficios de la cosa o negociación como, asimismo, a ella pertenecen su pérdida o deterioro".[136]

El problema de la contratación por cuenta ajena es complejo en los seguros de personas. En los seguros de fallecimiento tomados sobre la propia cabeza del contratante, el seguro es siempre a nombre propio, en beneficio de un tercero, pero el interés asegurable gestionado es también propio.[137] Si el seguro de fallecimiento, en cambio, es tomado sobre la cabeza de un tercero (gestionando un riesgo de un tercero que no es parte del contrato), el seguro será a nombre propio, y por cuenta ajena, pudiendo beneficiar al propio contratante o a un tercero.[138] En el caso de los seguros tomados por el empleador para el caso de invalidez, accidentes, o muerte, ocurrirá lo mismo.

---

[133] Garrigues, Joaquín (1983), *Curso de Derecho Mercantil*, t. II, 8ª Ed., Madrid, Imp. Aguirre, pp. 278 s.

[134] *Ibid*., p. 279. Para autores como Melij, Gustavo (1995) *El seguro de vida*, Buenos Aires, Depalma, p. 16, que la ley permita tomar un seguro por representación, por mandato general o especial o como agente oficioso no configura la hipótesis de la contratación por cuenta ajena.

[135] Sánchez Calero, Fernando (2001), p. 166

[136] Stitchkin, David (1989), *El mandato civil*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, p. 38, quien cita a estos efectos *RDJ* XXIV, Sección Primera, p. 484.

[137] Como señala Garrigues, Joaquín (1983), p. 359, "todo seguro sobre la vida para el caso de la propia muerte es un seguro a beneficio de otros, aunque el asegurado no los haya designado, pues el fallecido no puede beneficiarse de nada".

[138] La SVS en una respuesta a un particular se refirió a la contratación de un seguro de personas por cuenta ajena por medio del Oficio Ordinario Nº 25.827, de 30 de septiembre

En algunos seguros de salud y también en algunas modalidades de seguros de accidentes en que suelen agregarse "asegurados adicionales", también el contratante gestiona un riesgo de un tercero, pero realmente es el asegurado sobre quien recae el riesgo de empobrecimiento y el beneficiario de la indemnización suele ser él mismo, por lo que resulta complejo calificar esta contratación como un seguro "por cuenta ajena".

A nuestro juicio, no deberán confundirse los beneficios de un seguro (que corresponden precisamente al "beneficiario" definido en el artículo 513 letra c) CCOM) con la contratación "por cuenta ajena". Lo primero, más que con la figura del asegurado, debe identificarse con la designación del tercero beneficiario.[139]

Si se trata de radicar en terceras personas los efectos patrimoniales de un contrato de seguro de personas, debemos entonces observar las normas sobre designación de beneficiario del artículo 596 CCOM.

Finalmente, quien pretenda gestionar un interés de un tercero sólo "determinable" en el seguro de fallecimiento, enfrenta una dificultad importante en el artículo 589 inciso 2º CCOM.[140] En efecto, la ley chilena permite que el tomador y el asegurado de un seguro de fallecimiento sean personas distintas (y en este sentido hay contratación por cuenta ajena), pero exige el consentimiento expreso de ese tercero.

Por ello, la regla del artículo 516 CCOM –que permite tomar un seguro por cuenta de tercero "indeterminado pero determinable"– no puede tener lugar en el seguro para el caso de muerte, pues el artículo 598 inciso 2º

---

de 2014, señalando que el seguro del artículo 516 es aquel que se toma "en favor e interés de un tercero o sus herederos para el caso de riesgo de muerte", confundiendo el seguro por cuenta ajena con el seguro en beneficio de un tercero.

[139] STEIDL, Enrico (1990), p. 88, se refiere especialmente al seguro de vida, en el que el Código Italiano (artículo 1920) prefiere hablar de "a favor de un tercero" más que "por cuenta de un tercero".

[140] Sobre este problema, y la nulidad absoluta aparejada, véase *infra* 65 y siguientes.

exige consentimiento expreso, voluntad que sólo puede ser prestada por un sujeto perfectamente determinado.[141]

En los seguros de personas de coberturas patrimoniales del artículo 601 CCOM, las reglas del artículo 516 CCOM, en cambio, deben recibir aplicación estricta.

20. Segundo sujeto del contrato de seguro de personas: El asegurado (y su determinación)

Califica como asegurado en un seguro de personas todo aquel a quien afecta el riesgo de sufrir daños a su vida, su integridad física o intelectual, experimentar afecciones a su salud y/o soportar los costos económicos o patrimoniales de tales males. En el contexto legal chileno de los seguros de personas, se entiende por *asegurado* todo a quien afecta el riesgo de la pérdida de la propia vida o, en su caso, el riesgo de sobrevida o longevidad (asegurado de vida). Es también asegurado en un seguro de personas a quien le afecta el riesgo de contraer enfermedades o sufrir un grado de invalidez. También lo es a quien afecta el riesgo de soportar los costos de procedimientos médicos u hospitalarios causados por accidentes y/o enfermedades (asegurado de accidentes o de salud).

El artículo 518 Nº 1 CCOM dispone que toda póliza de seguro deberá expresar como mínimo, entre varias otras menciones, *la individualización del asegurado*.

20.1. El asegurado de fallecimiento: Particularidades

Como afirma entre nosotros Ríos, la problemática que provoca la denominación de "asegurado" queda representada particularmente en los casos en que éste y el contratante no son la misma persona.[142] En muchas

---

[141] Por ello, resulta gravemente contrario a derecho el pronunciamiento de la SVS (Oficio Ordinario Nº 25.827) que, para pretender salvar la situación de los seguros colectivos de fallecimiento sobre un universo de personas determinables, señala que los casos "en que el asegurado no resulta determinable o identificable al momento de contratar un seguro de vida para el caso de muerte, no sería aplicable esta exigencia de suscripción".

[142] Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 513 letra a", en *Comentarios,* cit., p. 57.

oportunidades el contratante y el asegurado de fallecimiento son el mismo individuo, de manera que pesan sobre esa misma persona (que goza de esas dos calidades) las obligaciones y cargas que impone el contrato. Se trata del seguro de vida contratado "sobre la propia cabeza".

Esta modalidad asegurativa no presenta demasiados problemas, pues, si este individuo asegurado/contratante muere durante la vigencia del contrato, el asegurador contrae la obligación de pagar la indemnización al o a los beneficiarios, quienes siempre serán terceros. Como se aprecia, esta forma equivale a un seguro "por cuenta propia", pero siempre "a favor" de un tercero beneficiario.

Pero puede ocurrir (y ordinariamente ocurre) que el contratante y el asegurado no sean la misma persona, de manera que las obligaciones y cargas del contrato pesen sobre uno (como la de pagar la prima), mientras que el riesgo afecte a otro. Se trata típica, pero no exclusivamente, de los seguros de fallecimiento tomados por un contratante "sobre la cabeza de un tercero". En este caso, el asegurado es un sujeto ajeno al contrato, vale decir, no es parte del negocio jurídico bilateral celebrado entre asegurador y contratante y sobre él no pesan las cargas ni las obligaciones del contrato, salvo que excepcionalmente las asuma.

En términos teóricos, en esta modalidad, el asegurado podría no saber siquiera de la existencia del contrato de seguro que se pactó sobre su cabeza. Esta forma de seguro, en principio, parecía ser permitida por el antiguo artículo 570 CCOM,[143] caso en que se asemeja bastante al contrato de apuesta o *wagering*,[144] aun cuando esta norma debe entenderse conflictiva con el antiguo artículo 518 inciso final CCOM, sobre interés asegurable.

Para evitar una eventual situación anómala, y en ocasiones contraria a las reglas sobre interés en los seguros de fallecimiento, para el caso en que el contratante y el asegurado sean personas distintas, el actual artículo 589 inciso 2º CCOM ha requerido el consentimiento escrito y expreso del asegurado, no sólo para aceptar su calidad de tal, sino que también para

[143] En cualquier caso, el seguro de vida del Código original de OCAMPO siempre requería "interés actual y efectivo en la conservación de la vida" del asegurado.

[144] Sobre el *wagering,* véase *supra* 9.

aceptar el monto asegurado y la persona del beneficiario. La omisión de este requisito se sanciona con la nulidad absoluta del contrato.[145]

20.2. Los llamados "asegurados adicionales" o "dependientes"

En algunos seguros, como por ejemplo los seguros de salud, resulta corriente que no sólo exista una persona que revista la calidad de asegurado, sino que suelen aparecer personas llamadas "asegurados adicionales" o "asegurados dependientes". Estas personas, ordinariamente, son miembros del grupo familiar del asegurado principal.[146]

Los "asegurados adicionales" están expuestos a sufrir un riesgo personal de enfermarse, sufrir un accidente o de visitar un médico, un establecimiento hospitalario, requerir exámenes de salud, etcétera. Sin embargo, la mecánica económica de algunos de los seguros de salud y de algunas modalidades de reembolso de gastos por accidentes personales (artículo 601 CCOM) indica que a estos dependientes no necesariamente les afecta el riesgo de pagar los honorarios médicos ni de solventar los gastos asociados a una enfermedad. Este riesgo, en cambio, le afecta al asegurado principal. Dicho eso, la calidad técnica de aseguradas de estas personas podría ser, de algún modo, puesta en duda.[147]

Pensamos que si en un seguro se identifican uno o más "asegurados adicionales", estamos frente a un seguro tomado "a nombre de uno o más terceros identificables" sobre los que el contratante y/o el asegurado principal tienen interés y no necesariamente de un seguro por cuenta ajena, pues los efectos de la prestación del asegurador no se van a radicar en tales personas.[148]

---

[145] Sobre este requisito y su contenido, véase *infra* 65 y siguientes.

[146] La existencia de asegurados adicionales también es corriente en los seguros de daños, por ejemplo, aquellos tomados por una empresa en que se señalan como asegurados adicionales o dependientes a otras compañías del mismo grupo empresarial.

[147] Si bien el artículo 588 CCOM inciso final parece referirse a estas personas como "beneficiarios", aquello debe calificarse como un error del legislador, debido a un uso inconveniente de la voz "beneficiario".

[148] Sobre la naturaleza del seguro por cuenta ajena, Garrigues, Joaquín (1983), p. 279, y véase *supra* 19.4.

Como esta situación ordinariamente aparece en los seguros de salud y en algunas modalidades de seguro de accidentes, y no en los de fallecimiento, regulados por el artículo 589 inciso 2º CCOM, el conocimiento y autorización de estos terceros no serán requeridos y bastará por ello simplemente la existencia de un interés. Por la misma razón, en los seguros de reembolso de gastos de salud o de accidentes por cuenta de terceros tampoco será preciso que los asegurados adicionales sean personas mayores de edad ni plenamente capaces.

La determinación o designación de los "asegurados adicionales" suele hacerse al momento de contratar el seguro y los nombres de éstos aparecerán en las condiciones particulares de la póliza. Es también frecuente que apenas aparece o muere una persona sobre la que pueda o pudo recaer un interés asegurable, por ejemplo, porque nace o incluso cumple algunos meses en el vientre materno, o bien porque se emancipa o muere, los asegurados adicionales puedan ser agregados o excluidos por medio de endosos. En estos casos, el riesgo patrimonial del asegurado principal se verá alterado y se verificará ordinariamente una modificación en el monto de la prima.[149]

20.3. Sólo las personas naturales pueden ser asegurados en los seguros de personas. Problema de esta regla en el seguro de personas de coberturas patrimoniales

En los seguros de personas sólo puede ser asegurada la persona natural. Lo anterior aparece como una diferencia fundamental con los seguros de daños, es de la máxima importancia y fluye de la propia definición de los seguros de esta clase, contenida en el artículo 512 inciso 2º y en el artículo 588 CCOM. Así, por ejemplo, la muerte o mutilación de un animal doméstico, por muy querido que sea, no es asegurable en esta modalidad de seguros.

¿Pero podría excepcionalmente una persona moral o jurídica calificar como asegurado en un seguro de personas en la regulación de este contrato

[149] Para los efectos de la tarificación de estos seguros, deberá tomarse en cuenta la historia clínica y la edad, entre otros aspectos, de estos "asegurados adicionales", de manera de poder verificar cuán propensos están a hacer incurrir al asegurado principal en desembolsos indemnizables total o parcialmente.

en Chile? La respuesta es sólo excepcionalmente positiva y limitada a los seguros de personas que tengan coberturas patrimoniales, descritos en el artículo 601 CCOM. En efecto, si el patrimonio de una entidad jurídica o moral debe soportar gastos de salud de cualquier clase, puede ser asegurable aun cuando los riesgos de consultar al médico o un establecimiento hospitalario son siempre de personas. Piénsese en el caso muy corriente en que una asociación deportiva que contrata un seguro de salud para sus afiliados: Si la asociación incurre en gastos por cuenta de aquéllos, podrá pedir a su asegurador el reembolso total o parcial de dichos gastos.

20.4. El caso del asegurado menor de edad y otros asegurados incapaces

La legislación chilena no ha puesto demasiadas trabas para la contratación de seguros en que figuren como asegurados menores de edad o incapaces, en la medida en que haya interés asegurable de parte del que lo contrata a su favor. Así, un seguro de salud, de invalidez, de accidentes personales e incluso de sobrevivencia puede ser contratado "por el propio asegurado o por cualquiera que tenga interés" (artículo 592 CCOM).

Sin embargo, esta regla tiene una importante excepción en el seguro de fallecimiento. El artículo 589 inciso 2º CCOM dispone una norma prohibitiva: "No se podrá contratar un seguro para el caso de muerte sobre la cabeza de menores de edad o de incapacitados". Desde la vigencia de la Ley Nº 20.667 no es lícito contratar un seguro de fallecimiento sobre "la cabeza" de las personas que la ley declara incapaces. Entre estos mal llamados "incapacitados", deben comprenderse todos los menores de 18 años, los dementes, los impúberes y los disipadores declarados en interdicción.[150] Cuando la ley se refiere a los "incapacitados", se refiere a las incapacidades

[150] Los menores de 18 años, pero mayores 16, puede casarse con ascenso o licencia de las personas que aparecen en los artículos 107 y ss. CC, pero sobre su cabeza no puede tomarse un seguro de fallecimiento, aun con autorización de su guardador o del juez. El menor adulto y el pródigo interdicto pueden testar, pero no pueden ser asegurados de fallecimiento (artículos 262 y 1005 CC). De igual forma, el disipador declarado en interdicción puede contraer por sí mismo acuerdo de unión civil, de la Ley Nº 20.830, pero sobre su cabeza no puede tomarse un seguro.

generales de los incisos 1º al 3º artículo 1447 del Código Civil, y no a las incapacidades particulares para celebrar ciertos contratos del inciso final.[151]

De este modo, aun cuando haya interés, los menores de edad y los incapaces no pueden ser asegurados de fallecimiento en Chile. Si de hecho ocurre, podrá pedirse la nulidad absoluta del contrato según lo resuelve el inciso final del mismo artículo.[152]

21. Tercer sujeto del contrato de seguro de personas: El beneficiario

Es beneficiario, en nuestra legislación, quien "aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro" (artículo 513 letra c) CCOM). En términos obligacionales, el beneficiario es el único titular legal del derecho personal emanado de su designación en el contrato o en un acto posterior. Por ello, es el único legitimado activo en la acción personal de cumplimiento del artículo 543 CCOM.

El derecho del beneficiario nace sólo una vez ocurrido el siniestro, nunca antes (artículo 596 inciso 2º CCOM), y, por esa razón, la ley dispone que "a partir de él [el siniestro] podrá reclamar del asegurador la prestación convenida".

Si bien la ley no lo señala, pueden ser beneficiarios todas las personas naturales, incluso los menores de edad y los incapaces. Ciertamente pueden ser beneficiarios las personas que están por nacer del artículo 74 CC en los términos del artículo 77 del mismo Código, vale decir, sus derechos quedarán suspensos hasta que el nacimiento se efectúe, bastando que sobreviva al parto al menos un momento siquiera. Pero si no llega a nacer, sus derechos pasarán a otras personas como si la criatura no hubiese jamás existido.

Más compleja, como veremos más adelante, es la situación que se produce cuando el beneficiario premuere al asegurado sin que se hayan designado otros beneficiarios principales o sustitutos.

---

[151] El artículo 83 de la LCS española contempla esta prohibición absoluta sólo para los menores de 14 años.

[152] Sobre este problema retornaremos en detalle al tratar del interés asegurable, *infra* 65 y siguientes.

21.1. La designación de beneficiario

El artículo 593 CCOM dispone que la designación de beneficiario podrá hacerse "en la póliza, en una posterior declaración escrita 'del contratante' comunicada al asegurador, o en testamento".

El legislador, como se aprecia, permite tres opciones para designar beneficiario en los seguros de personas. Todas ellas requieren escrituración, lo que no resulta muy congruente con la calidad consensual del contrato predicada por el artículo 515 CCOM. La realidad, con todo, indica que los contratantes y asegurados suelen designar beneficiarios mucho antes de la redacción de las condiciones particulares de la póliza: en efecto, lo corriente es que, en cumplimiento de los términos de los artículos 513 letra q) y 514 inciso 1º CCOM, el asegurador haya provisto al contratante y/o al asegurable un formulario en donde éste deberá designar a uno o más beneficiarios dentro de su propuesta de celebrar el contrato.

El carácter consensual del contrato de seguro, determinado por el artículo 515 inciso 1º CCOM, trae como natural consecuencia que, aunque todavía no se redacte la póliza, las personas que han sido designadas como beneficiarias de un seguro de personas tengan derecho a reclamar la indemnización en caso de siniestro, siempre y cuando prueben la existencia de la designación atendiendo al criterio del principio de prueba por escrito del artículo 515 CCOM. La situación del seguro pactado telefónicamente es un ejemplo claro de esta modalidad. No ocurre lo mismo con las designaciones hechas por medio de un testamento ni las que constan en comunicaciones escritas notificadas al asegurador, pues en tales casos la designación del beneficiario siempre será solemne.

21.2. La designación en testamento no necesita ser comunicada al asegurador

El artículo 593 CCOM dispone que en el caso en que la designación de beneficiario se haga por medio de una declaración escrita posterior a la celebración del contrato, esta designación debe ser comunicada al asegurador. Este requerimiento de comunicación al obligado al pago es fundamental para advertir al deudor (asegurador) de la identidad de la persona sobre la que debe recaer la obligación de indemnizar.

La ley no indica cuál es el medio en que esta comunicación debe ser notificada al asegurador, aun cuando acaso esta omisión puede ser salvada acudiendo al Párrafo II, numeral 1º, letra j), de la NCG Nº 349, que establece como un requisito de la póliza, precisamente, determinar el sistema de comunicación entre las partes.[153]

Curiosamente, el requisito de comunicar al asegurador la designación no aparece legalmente exigido al contratante en el caso en que se haga la designación de uno o más beneficiarios por medio de un testamento, bien se trate de un testamento abierto o de uno cerrado, de aquellos descritos en el artículo 1008 incisos 4º y 5º CC.

La omisión legal de la exigencia de notificar al asegurador de la designación de un beneficiario en un testamento puede acarrear numerosos problemas, pues, conforme lo dispone el artículo 1001 CC, cualquier persona puede revocar su testamento simplemente otorgando otro testamento posterior, en el que podría, por ejemplo, y según dispone expresamente el artículo 595 CCOM, revocar la designación del beneficiario designado en la póliza, cambiar al beneficiario señalado en un acto testamentario anterior o simplemente agregar otros beneficiarios. Si cualquiera de estas circunstancias llegase a ocurrir, el artículo 593 CCOM no obliga al contratante a comunicar esta circunstancia al asegurador.

No sería extraño que, a falta de obligación de comunicación, una compañía pague de buena fe la indemnización por siniestro a quien aparezca como beneficiario en la póliza, en una comunicación escrita o incluso en un testamento anterior y que, con posterioridad, aparezca reclamando la indemnización otra persona que exhiba un testamento posterior en el que ha sido designado beneficiario. La naturaleza de este pago será estudiada al referirnos al pago al acreedor putativo.[154]

Finalmente, debemos señalar que la designación en testamento debe entenderse aplicable para los testamentos otorgados en el extranjero que valgan en Chile, e incluso los testamentos privilegiados, pues el legislador no ha hecho distinciones en esta materia.

---

[153] Sobre las formalidades de la comunicación, RUIZ-TAGLE, Carlos (2015), "Comentario al artículo 593", en *Comentarios*, p. 789.

[154] Véase *infra* 27.

Como afirma Ruiz-Tagle, la designación de beneficiario por testamento no es un acto *mortis causa*, sino que un acto entre vivos revestido de la forma testamentaria.[155] Por todas las mismas razones, la designación de un beneficiario por medio de un testamento es perfectamente revocable por cualquier otro medio válido para designar beneficiario, conforme lo dispone el artículo 595 CCOM, y no solamente por medio de un acto testamentario posterior.

Finalmente, resulta evidente que la nulidad total del testamento acarrea la nulidad de la designación del beneficiario. Si la nulidad fuere sólo parcial, las disposiciones sobre designación de beneficiario deben entenderse subsistentes.

21.3. Designación y determinación del beneficiario. Problema con la consensualidad

Según el artículo 593 CCOM, la designación del beneficiario deberá hacerse "en la póliza, en una posterior declaración escrita 'del contratante' comunicada al asegurador, o en un testamento". El artículo 518 Nº 1 CCOM dispone como un requisito mínimo de las pólizas de seguro que "Si se hubiere designado beneficiario, se indicará su individualización o la forma de determinarlo".

Del tenor literal del artículo 593 CCOM se podría colegir que toda designación de beneficiario de un seguro de personas debe ser escrita. En efecto, la póliza es escrita, y escritas son también las comunicaciones para designar beneficiario y los testamentos. En cuanto a la designación "en la póliza", la verdad es que en la práctica suele preceder la designación en un formulario que entrega el asegurador o, en los seguros colectivos, en la solicitud de incorporación.

Pensamos que, más allá de la disposición textual del artículo 593 CCOM, desde que el asegurador acepta la condición de indemnizar a una persona identificada o identificable, existe designación de beneficiario sin perjuicio de su escrituración en la póliza misma, e incluso si la póliza jamás

[155] Ruiz-Tagle, Carlos (2015), "Comentario al artículo 593", en *Comentarios*, p. 790.

se llegase a emitir. Lo anterior, evidentemente, sólo en la medida en que tal designación emane de un principio de prueba por escrito, de aquellos señalados en el artículo 515 CCOM.

Si se llegase a aceptar que la calidad de beneficiario sólo surge desde que se designa por escrito, se llegaría a situaciones absurdas como la que ocurriría en el lapso entre la comunicación telefónica y la emisión de la póliza en un seguro pactado por teléfono, regulado por la Circular Nº 2.148. Pensamos que, para salvar el problema del tenor literal del artículo 593 CCOM, es conveniente entender que cuando esta norma dice "en la póliza" deben entenderse incorporados los documentos anteriores del seguro individual o colectivo propios de la fase *in contrahendo*, incluidos los registros digitales contenidos en un "registro o soporte duradero" de la palabra escrita o verbal u otros documentos físicos o electrónicos.

21.4. ¿La designación de beneficiario es pura y simple o admite modalidades?

Nuestra ley no regula expresamente la posibilidad de establecer modalidades en la designación de beneficiarios de los seguros de personas. Tampoco lo prohíbe.

Si se aprecia la ley con detención, el tenor literal del artículo 593 inciso 2º CCOM confirma que el contratante puede establecer "reglas para la determinación" de los beneficiarios. Pensamos que, a falta de una regulación expresa, el recurso a las "reglas para la determinación" del beneficiario debe ser entendido como un reconocimiento legislativo tácito a la posibilidad de designaciones de beneficiario sujetas modalidad.

Por lo demás, la regla general en el derecho de contratos es que los negocios jurídicos admitan las modalidades congruentes con su naturaleza jurídica, por lo que, en general, no se ven dificultades para afirmar que en cualquier designación de beneficiario el contratante pueda establecerlas.[156]

---

[156] Entre nosotros tal es la opinión generalizada. Por todos, véase VODANOVIC (ALESSANDRI & SOMARRIVA) (2015), *Tratado de Derecho Civil. Partes preliminar y general* (Tomo I), Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Santiago, p. 317.

Consecuentemente, un asegurador no puede negarse a suscribir un contrato de seguro si un contratante le exige la inserción de una o más modalidades lícitas a la designación de uno o más beneficiarios, aunque los formularios disponibles no cuenten con esa posibilidad.

La suerte de las modalidades en la designación de beneficiario deberá regularse por las reglas de las obligaciones condicionales, del Título IV del Libro IV del Código Civil, y no de las asignaciones condicionales, del Párrafo 2 del Título IV del Libro II del mismo Código, pues la designación de beneficiario (aunque se haga eventualmente en un testamento) no corresponde a una asignación por causa de muerte.

21.5. La designación de beneficiario es un derecho del contratante

A pesar de que el legislador no lo señala expresamente, la designación de uno o más beneficiarios constituye un derecho (y no una obligación) del contratante. En efecto, el contratante puede omitir el ejercicio del derecho sin alterar necesariamente la mecánica económica del contrato. La falta de beneficiario de un seguro de personas no acarrea la nulidad del contrato, sino que, como lo dispone el artículo 593 CCOM, debe darse cumplimiento a la obligación de indemnizar mediante una forma supletoria determinada en la ley.

La designación de uno o más beneficiarios no es un requisito de la esencia del contrato de seguro, ni necesariamente debe concurrir durante la vigencia de éste. No debe concurrir siquiera al momento de producirse un siniestro. Si bien el artículo 514 Nº 1 CCOM señala que la designación de beneficiario o la forma de determinarlo es una mención mínima de la póliza, se cuida de decir que esto será así "en caso que se hubiera designado". La NCG Nº 349 (Nº 2 párrafo 2), a su turno, indica que las condiciones particulares contendrán la designación de beneficiario "si corresponde". Consecuencialmente, la esencialidad de la obligación condicional de indemnizar de los artículos 521 y 529 Nº 2 CCOM no se ve afectada por la ausencia de un beneficiario designado, pues la ley suple expresamente la falta de beneficiarios o de reglas para su determinación. Analizaremos esta cuestión más adelante.[157]

[157] *Infra* 24.

Si el contratante decide ejercer el derecho a nombrar uno o más beneficiarios, o de establecer reglas para su determinación, aparece primeramente la posibilidad de nombrarse beneficiario a sí mismo. Este derecho quedará imposibilitado en ciertos contratos de seguros de personas en que la naturaleza misma del contrato lo impide. Así ocurre en los seguros de fallecimiento tomados sobre la propia cabeza, en los que esta designación resulta en una condición absurda, contraria a la esencia misma del seguro de fallecimiento de esta clase.

De otro lado, el contratante puede designar a una persona o personas distintas de sí mismo, y distintas también de la persona del asegurado, en cuyo caso estamos en presencia de lo que se denomina una designación de un "tercero beneficiario". Este tercero beneficiario es acreedor de la indemnización, pero no es parte del contrato y bien podría no conocer siquiera la circunstancia que el contrato se ha celebrado.

En el ejercicio del derecho a nominar un beneficiario, el contratante podrá designar a uno o más sujetos en particular, aun cuando la ley señala que le bastará con aportar las reglas para su determinación. Aun cuando la ley no lo establece como una carga del contratante, es deseable que al momento de designar beneficiario y/o de establecer las reglas para su determinación el contratante sea claro, de manera de no forzar las reglas supletorias del artículo 593 inciso 2º CCOM, que regula la suerte de las "pólizas sin beneficiario".[158] Acaso reconociendo la importancia de esta cuestión, la NCG Nº 387 de 2015 (Anexo Nº 6) ha dispuesto que "la compañía deberá registrar los datos de contacto de los beneficiarios, tales como domicilio, teléfono y correo electrónico al momento de suscribir una póliza o cuando se realice un cambio de un beneficiario. Del mismo modo, al momento de la declaración de beneficiarios, se deberán informar al asegurado, los mecanismos que la compañía ha establecido para realizar actualizaciones de estos antecedentes".[159]

---

[158] Así la llama correctamente CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 647, pues es sólo la póliza la que carece de beneficiario, no así el contrato de seguro, cuyas obligaciones se ejecutan de todas formas conforme lo dispone el mismo artículo 593 CCOM.

[159] Para el interés del asegurador en la designación de beneficiario, TIRADO SUÁREZ, Francisco Javier (2001), *Ley de Contrato de Seguro* (SÁNCHEZ CALERO *et al.*), Pamplona, Aranzadi, pp. 1688 y s.

21.6. Designación de una persona jurídica como beneficiario

En los seguros de daños es muy común que el beneficiario de un seguro sea una persona jurídica. En los seguros de personas, si bien no hay una prohibición legal para designar como beneficiario a una persona jurídica, podrían presentarse problemas en algunos casos.

En principio, la legislación y la práctica indican que no hay inconvenientes legales para que se pueda designar como beneficiario de un seguro de personas a personas jurídicas o morales. Así ocurre, por ejemplo, en caso de un seguro de salud o accidentes personales que ceda en beneficio de un club deportivo o, incluso, en algunas modalidades del seguro de vida. La situación es particularmente clara en los seguros de desgravamen, en que el beneficiario del seguro de fallecimiento es corrientemente una persona jurídica del giro financiero, como un banco, una casa comercial u otro mutuante institucional. En tales casos, se trata de beneficiarios de un pago causado, real y lícito.

El problema, como siempre, se presenta en los casos en que se pretende mejorar el patrimonio de una entidad moral o jurídica sin causa legítima, o sin verdadera razón de negocios, lo que sucede típicamente cuando se nombra beneficiario a una persona jurídica que no tiene dentro de su giro recibir a título gratuito[160] o cuando, teniéndolo, aquél no se condice con la realidad de su giro o resulta en un evidente acto simulado.

Las reglas vigentes sobre Conducta de Mercado (CdM) establecidas en la NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2017, y las normas que regulan la causa de los contratos (artículo 1467 CC) aconsejan que un asegurador diligente analice bien que el contrato de seguro refleje la existencia de una causa real y lícita cuando un contratante determinado designa como beneficiario a una determinada persona jurídica, debiendo evitar contrataciones simuladas, fraudulentas o contrarias a las buenas costumbres.[161]

---

[160] Para Nicolas, Veronique (2012), p. 551, debe justamente ponerse atención, entre otras cosas, en la capacidad de la entidad moral para recibir a título gratuito.

[161] Sobre el riesgo de lavar activos mediante la designación de beneficiarios, véase Toso, Ángela y Ruiz-Tagle, Carlos (2015), "Comentario al artículo 595", en *Comentarios*, p. 794.

22. NATURALEZA DE LA OBLIGACIÓN QUE CEDE A FAVOR DEL TERCERO BENEFICIARIO (O NATURALEZA DEL DERECHO DEL TERCERO BENEFICIARIO). EL PROBLEMA DE LA CONDICIONALIDAD DE LA OBLIGACIÓN

Desde hace mucho tiempo, la doctrina se ha preguntado cuál es la fuente de obligación que transforma al tercero beneficiario en acreedor de la indemnización pactada en el contrato de seguro del cual este tercero no ha sido parte.

Nos parece que si bien la discusión puede presentarse hoy en día como estéril si se toma en cuenta que la obligación nace evidentemente *de la ley*, según el artículo 513 letra c) CCOM, igualmente conviene detenerse brevemente en el análisis de esta cuestión.

El problema de la naturaleza jurídica del beneficiario no representa demasiadas complejidades cuando se trata de la misma persona que el tomador, como sucede, por dar sólo un ejemplo, en el caso de las rentas vitalicias previsionales del D.L. Nº 3.500 y en la generalidad de los seguros de sobrevivencia. Idéntica cosa suele suceder en los seguros de accidentes personales y en algunos seguros de salud. En estas modalidades contractuales, la bilateralidad obligacional de las prestaciones nacidas del seguro se manifiesta en favor de las propias partes que lo han pactado. El asegurador no debe pagar a un tercero nominado por el tomador, sino que a la propia parte que contrató con él. El acreedor, este caso, tiene la calidad de contratante, de asegurado y de beneficiario.

Sin embargo, el análisis es bastante más complejo cuando el beneficiario es una persona distinta del contratante, como sucede en los seguros de fallecimiento tomados sobre la propia cabeza que, por lo demás, son la regla general. Desde antiguo, a algunos les ha resultado interesante averiguar cuál es la fuente de obligaciones que sustenta el derecho a la indemnización que nace a favor de ese sujeto. La cuestión surge, particularmente, porque en esta clase de contratación el llamado "tercero beneficiario" es un sujeto ajeno al contrato, aun cuando adquiere y se enriquece a causa de éste.

Se suele afirmar que al tercero beneficiario le asiste el derecho personal nacido de la institución llamada "estipulación a favor de otro", regulada en el artículo 1449 CC. Esta norma prescribe: "Cualquiera puede estipular a

favor de una tercera persona, aunque no tenga derecho para representarla; pero sólo esta persona podrá demandar lo estipulado; y mientras no intervenga su aceptación expresa o tácita, es revocable el contrato por la sola voluntad de las partes que concurrieron a él". En principio, podría aceptarse de manera teórica que, a falta de una regulación legal especial, la única forma de acreditar un derecho personal en el patrimonio de un tercero beneficiario que no es parte del contrato de seguro es la institución de la estipulación en favor de otro. Esta postura tropieza con algunas dificultades técnicas, particularmente en lo que dice relación con las estipulaciones o designaciones de beneficiarios irrevocables. Como lo señala entre nosotros Ríos, las reglas sobre revocación de beneficiario del artículo 595 CCOM no son totalmente congruentes con las disposiciones del artículo 1449 CC, por lo que esta asimilación no puede ser total y sólo cabría teóricamente en algunas circunstancias.[162]

En el caso del seguro sobre la vida (vale decir tanto para el caso de fallecimiento como para el de sobrevivencia), la Ley Nº 20.667 ha determinado –siguiendo el texto del antiguo artículo 12 del D.F.L. Nº 251[163]– que "el monto de las indemnizaciones de los seguros sobre la vida cede exclusivamente en favor del beneficiario" (artículo 596 inciso 1º CCOM). Y agrega algo muy importante para estos efectos, cuando prescribe que "… el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él, podrá reclamar al asegurador la prestación convenida" (inciso 2º).

De esta forma, y más allá de las disquisiciones teóricas relativas a la fuente de la obligación, cada vez que el beneficiario sea una persona distinta del asegurado goza desde el momento del siniestro de un derecho *ex lege* a reclamar una estipulación que cede a su favor, descrita y regulada en el artículo 596 CCOM. Esta obligación (y el crédito correlativo) nacen de una figura legal similar, pero no idéntica, a la estipulación a favor de otro.[164]

---

[162] Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 513 letra c", en *Comentarios*, pp. 64 y s.

[163] Derogado por la Ley Nº 20.552, de 17 de diciembre de 2011.

[164] Tirado Suárez, Francisco Javier (2001), pp. 1689 y s.

Ahora bien, conviene detenerse en lo señalado por el legislador en el ya referido inciso 2º del artículo 596 CCOM, que dispone que "… el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él, podrá reclamar al asegurador la prestación convenida". Esta norma, que da origen legal a la obligación del asegurador y al crédito del beneficiario, podría presentar importantes complicaciones si se examina en un contexto de derecho común de obligaciones.

En efecto, si el derecho del beneficiario nace sólo con el siniestro, entonces, antes de ocurrido el evento pactado en la póliza, el beneficiario no tiene nada. Tanto es así que, en los seguros con beneficiario revocable, la persona puede ser cambiada a libre disposición del contratante con los requisitos formales señalados en el artículo 595 CCOM.

El tenor literal del artículo 596 inciso 2º CCOM puede llevar a pensar que el tercero beneficiario necesariamente deba estar vivo al momento del siniestro de vida,[165] de manera que, si premuere al asegurado, nada transmite a sus propios herederos. Coadyuva a esta postura lo señalado en el inciso 2º del artículo 593 CCOM, que señala un régimen supletorio para el caso en que falte el beneficiario o no existan disponibles reglas para su determinación. Lo anterior supone concluir que la designación de beneficiario es personalísima y su expectativa es intransmisible, lo que, como veremos más adelante, al examinar el artículo 593 CCOM, podría presentar algunos problemas frente a la calidad de condicional que el legislador ha dado a la obligación de indemnizar, y a la consecuencial aplicación de la norma de derecho común contenida en el artículo 1492 CC.

23. CALIDAD INDEMNIZATORIA DE LA OBLIGACIÓN QUE CEDE A FAVOR DEL BENEFICIARIO EN LOS DISTINTOS SEGUROS DE PERSONAS

a) En el seguro de vida

Entre nosotros, Gallardo afirma –con fundamento en la legislación española–[166] que, en el seguro de vida, más que a una indemnización, el beneficiario tiene derecho a "una suma de dinero" que identifica con una

---

[165] *Ibid*., p. 1685.

[166] GALLARDO, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 588", en *Comentarios*, pp. 754 y ss.

"obligación financiera distinta de una obligación de cobertura" y, por ello, diversa de la obligación propia de los seguros de daños.[167] Al no pretenderse poner al asegurado en la misma situación en que se encontraba antes del siniestro, como si la pérdida no hubiese ocurrido, no puede hablarse técnicamente de un seguro "de indemnización".[168]

El argumento en contra de la calidad "indemnizatoria" del seguro de vida tiene una tenue base textual en el artículo 588 inciso 2º CCOM, que efectivamente prefiere usar la expresión "suma de dinero". Tiene, a su vez, fundamento en la naturaleza misma de los seguros llamados de "*casualty*", que se distinguen histórica y doctrinalmente de los "*indemnity insurances*".[169]

A nuestro juicio, además de que los seguros de *casualty* o contingencia son tan seguros como los de indemnización, negar en Chile la calidad indemnizatoria del seguro de vida no tiene un sustento textual. En efecto, una postura tal, de importante valor histórico, supone limitar de manera algo inconveniente la expresión "indemnización", utilizada hoy por el legislador, sobre todo si se tiene en cuenta que se ha usado este concepto de forma amplia y no necesariamente técnica, como lo demuestran los artículos 521 CCOM (sobre los requisitos esenciales del seguro) y 563 CCOM (sobre la forma de indemnizar), pero muy particularmente por el 596 CCOM, que utiliza precisamente la palabra "indemnización" para referirse al monto a que tiene derecho el beneficiario de seguros sobre la vida.[170]

b) En los seguros de accidentes personales

El artículo 588 inciso 4º CCOM, referido a esta clase de aseguramiento, dispone que el derecho del beneficiario consiste en una indemnización. La

---

[167] *Ibid*. Además, sobre la calidad "no indemnizatoria" del seguro de vida, véase Garrigues, Joaquín (1983), p. 355, con cita al fallo del Tribunal Supremo Español de 19 de enero de 1967.

[168] Lawry, Rawlings y Merkin (2011), *Insurance Law*. *Doctrines and Principles*, 3rd Ed., Oxford, Hart Publ., p. 323.

[169] Para la calidad no indemnizatoria de algunos seguros de personas véase Picard y Besson (1964), p. 47.

[170] Ahora bien, y a pesar de lo expresado en el artículo 596 inciso 1º CCOM, en ciertos seguros de vida, como los de renta vitalicia y en general en todos los seguros de sobrevivencia, la calidad indemnizatoria del pago al beneficiario es más difícil de sostener.

norma señala textualmente que el asegurador "se obliga *a indemnizar* al asegurado o a sus beneficiarios…".

Conviene hacer una distinción a propósito de esta cobertura. Como veremos en su oportunidad, los seguros de accidentes pueden ser propiamente de personas, o pueden gozar de la calidad de seguros de daños, conforme lo resuelve el artículo 601 CCOM. En el primer caso, la indemnización es consecuencia de haberse verificado en el asegurado un siniestro de lesiones, incapacidad o muerte accidental, según se haya pactado en el contrato.[171] Es evidente que la naturaleza indemnizatoria (en el sentido de poner al asegurado en una situación de indemnidad, como si no hubiese sufrido el accidente) podría ser puesta en duda para los siniestros de esta clase, más allá de las expresiones de que se ha valido el legislador, aunque esta cuestión, tras observar la forma en que son tratados los seguros de personas por la Ley Nº 20 667, carece de la importancia que solía otorgársele en el pasado.

Resulta interesante verificar que, en cambio, si lo que se ha pactado es una prestación de reembolso médico, farmacéutico o quirúrgico como consecuencia de un accidente personal o de la muerte accidental, la obligación del asegurador es sin duda indemnizatoria, tal como lo dispone el artículo 601 CCOM. Lo mismo sucede en las coberturas de "pérdida de ganancias" que contienen algunas pólizas de accidentes personales a favor de trabajadores dependientes o independientes.[172]

c) En los demás seguros de personas

Como se venía señalando, en los seguros de reembolso de gastos médicos (por salud o accidentes personales), el derecho del beneficiario tiene naturaleza indemnizatoria, según se desprende con nitidez del artículo 588 inciso final CCOM, que debe leerse en consonancia con el artículo 601 CCOM. Esta última norma determina la aplicación, en lo pertinente, de las reglas de los seguros patrimoniales para esta clase de coberturas.

---

[171] Sobre esta cobertura, véase *infra* 95.2.

[172] Véase *infra* 95.2, letra c.

En este sentido, y al participar de las características de un seguro de coberturas patrimoniales, el pago está precisamente encaminado a indemnizar al asegurado/beneficiario que ha sufrido un perjuicio como consecuencia de los eventos descritos en la póliza. Dicho pago, por cierto, tiene los efectos indemnizatorios propios de los seguros de daños, se rige por sus reglas y acarrea sus efectos.

24. La falta de beneficiarios o de reglas para su determinación. ¿A qué herederos debe entenderse hecha la determinación supletoria de beneficiarios del artículo 593 inciso 2º CCOM?

La omisión o falta de designación de un beneficiario (o de reglas para su determinación) no afecta la mecánica económica ni las obligaciones correlativas del contrato de seguro, pues la ley provee un régimen alternativo para dar cumplimiento a la obligación condicional de indemnizar. La supletoriedad con que se ha establecido este régimen legal denota que el precepto no es imperativo, vale decir, hace excepción al artículo 542 CCOM.

El artículo 593 inciso 2º CCOM dispone: "Si al momento de la muerte real o presunta del asegurado no hubiere beneficiarios ni reglas para su determinación, se tendrá por tales *a sus herederos* aunque repudien la herencia".

El mecanismo supletorio provisto por el legislador que aparece en el referido inciso 2º del artículo 593 CCOM, sin embargo, no resulta claro. Más que solucionar el problema de la ausencia del beneficiario o de reglas para determinarlo, a nuestro juicio, aporta bastante oscuridad e impide una solución pacífica al problema.

Si se analiza la norma en su integridad (que trata un caso de muerte simultánea del asegurado y beneficiario), se puede desprender con seguridad que el legislador ha asumido –equivocadamente y sin expresarlo– que en el inciso 2º del artículo 593 CCOM se regulará solamente la falta de beneficiario en el caso del seguro de fallecimiento. Más aún, si nos atenemos al origen de la regla[173], aparece con nitidez que el legislador está

[173] El artículo 84 de la LCS española dispone, para el caso de faltar el beneficiario en el seguro de fallecimiento, en su inciso 3º lo siguiente: "Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el

pensando exclusivamente en el seguro de fallecimiento tomado sobre la cabeza propia. La regla original, que es el artículo 84 de la LCS española, sin embargo, atribuye el capital al tomador o a sus herederos, lo que parece ser lo más adecuado.[174]

Además de la natural confusión producida por la preterición legal del destino de los seguros que no sean de fallecimiento en que falte el beneficiario y de los seguros de vida tomados sobre la cabeza de un tercero, la norma no da una solución clara a lo que deberá entenderse por "no haber beneficiarios", pues una situación semejante puede provenir ya de la falta de designación o de reglas, ya de la ausencia de beneficiario por otra causa diversa, muy especialmente su premoriencia.

Según Contreras, en la versión de su libro de 1982, escrito durante la vigencia del Código de Comercio en la versión original de Ocampo, a falta de beneficiarios o de un sustituto, el seguro (de vida) debía ceder, por regla general, en beneficio del asegurado o de los herederos del asegurado.[175] Esta regla no parece tan clara hoy, a la luz de las normas generales que gobiernan el derecho de obligaciones (artículo 1492 CC), la naturaleza condicional de la obligación del asegurador, y el tenor literal del artículo 593 CCOM, ingresado al ordenamiento jurídico por la Ley Nº 20.667.

La cuestión, a nuestro juicio, debe distinguirse como sigue a continuación.

---

capital formará parte del patrimonio *del tomador*". Esta norma tiene su origen en el artículo 66 de la ley francesa, que igualmente asigna la indemnización a los herederos del contratante, y no del asegurado, como hace la ley chilena. Sobre este precepto, véase TIRADO SUÁREZ, Francisco Javier (2001), pp. 1697 y s.

[174] El Código de Comercio colombiano (que lamentablemente parece haber sido seguido en esta materia) dispone una regla similar a la chilena, haciendo partícipe de la indemnización a los herederos (y al cónyuge) del asegurado y no del tomador. Señala: "Beneficiarios supletivos: Artículo 1142. Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado". En Argentina el artículo 145 de la Ley Nº 17.418, al contrario de lo que apunta MELIJ, Gustavo (1995), p. 66 (quien sostiene que quedan designados los herederos del asegurado) atribuye la indemnización a los herederos del contratante.

[175] CONTRERAS, Osvaldo (1982), *Derecho de seguros*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, pp. 248 y s.

24.1. Caso en que no hay beneficiarios porque éste o éstos premurieron al siniestro y no hay sustitutos

Esta situación se produce cuando el beneficiario ha premuerto al siniestro sin que existan otros beneficiarios ni sustitutos designados en la póliza, en las comunicaciones escritas notificadas al asegurador ni tampoco en un testamento. Se trata del caso en que un contrato de seguro sí tenía beneficiarios designados o reglas para su determinación, pero ninguna de estas personas está disponible debido a que todas han premuerto al asegurado.

En primer lugar, debemos tener en consideración que, en la situación que hemos descrito, vale decir, faltando toda clase de beneficiarios y de reglas para su determinación porque han premuerto al asegurado, en el caso del seguro de vida tomado sobre la cabeza de un tercero, el contratante puede perfectamente estar vivo y la regla del artículo 593 inciso 2º, a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, en la legislación española, le priva de todo derecho.

Si, en el mismo tipo de seguro tomado sobre la cabeza de un tercero el contratante ha muerto, sus propios herederos tampoco tendrán derecho a la indemnización. Lo anterior se manifiesta como evidentemente injusto, ya que ha sido precisamente el contratante (y no los herederos del asegurado) quien se ha mantenido pagando la prima y sujeto a las demás obligaciones del contrato.

En segundo lugar, en términos estrictamente obligacionales, el artículo 1492 CC establece que el derecho del acreedor que fallece en el intervalo entre el contrato condicional y el cumplimiento de la condición se transmite a sus herederos. Es del caso recordar que la obligación del asegurador es (esencialmente) *una obligación condicional* (artículo 521 CCOM), tal como lo es correlativamente el crédito del beneficiario mientras no ocurra el riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato (artículos 513 letra x) y 596 inciso 2º CCOM).[176]

[176] Sobre la operación del artículo 1492 CC, véase Domínguez Benavente, Ramón y Domínguez Águila, Ramón, (1998), *Derecho sucesorio*, Tomo I, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, p. 104.

En estas circunstancias, si faltara el beneficiario porque ha premuerto y no aparecen sustitutos, lo jurídicamente procedente, según el derecho de obligaciones común, es que los herederos del beneficiario premuerto concurran en virtud del artículo 1492 CC y, en tal condición, les asista la acción personal de cumplimiento en contra del asegurador en caso de siniestro.

A nuestro juicio, en este caso particular debe primar la regla del artículo 1492 CC por varias razones: en primer término, la ley no establece en ninguna parte que la designación de un beneficiario en un seguro de personas impida la transmisión de los derechos del beneficiario. De hecho, el artículo 596 inciso 2º está lejos de afirmar tal cosa. En otros términos, no nos parece que la designación de beneficiario sea legalmente personalísima, salvo que el contratante la estableciere así, ya que las relaciones personalísimas no pueden venir presumidas. En segundo lugar, no parece razonable que se deje de aplicar una regla propia del derecho de obligaciones como la del artículo 1492 CC, precisamente establecida para transmitir el "germen de derecho" que comporta todo crédito condicional que la ley no ha declarado como intransmisible. Finalmente, nos parece que el contexto de la regla del artículo 593 inciso 2º CCOM, así como las normas que le sirvieron de fundamento, demuestran que el legislador ha pensado en el caso en que el contratante no hizo uso del derecho de designar beneficiarios ni reglas para su determinación, y no para el caso en que, por razones sobrevinientes como la premoriencia, el beneficiario no esté disponible.

24.2. Caso en que simplemente no se designó nunca un beneficiario ni se establecieron reglas para su determinación

Se trata del caso en que no se ha designado jamás a persona alguna como beneficiario. Podría considerarse como un caso de esta especie el del beneficiario designado que fue revocado sin que se hubiese nombrado uno nuevo. También debemos considerar dentro de esta hipótesis al caso del nombramiento como beneficiario de una persona "que está por nacer", pero que no llegó a existir jamás (artículo 74 CC), y a la nulidad total del testamento en el que se instituyó un beneficiario.

En todos estos casos, obviamente, no será posible acudir a los herederos del beneficiario/acreedor condicional, pues no pueden buscarse herederos

de una persona que jamás fue determinada, no existe o que no llegó a existir. En este caso, sí parece razonable que, al menos en el seguro en que el contratante y asegurado sean la misma persona, los herederos *del asegurado* sean quienes reciban la indemnización. Es necesario repetir que el legislador sólo tuvo en consideración, al redactar el articulo 593 CCOM, el caso usual, que es el seguro de vida tomado sobre la propia cabeza y, consecuencialmente, no hay injusticia en que se asigne la indemnización a los herederos de esa persona.

Así, si alguno tomó un seguro sobre su propia cabeza y no designó beneficiario ni estableció reglas para su determinación, lo razonable y ajustado al espíritu de la norma y al sentido general de la legislación es que califiquen como beneficiarios los herederos de esa misma persona asegurada, que por lo demás son quienes tenían interés en que el asegurado viviera. Lo mismo en las indemnizaciones por seguros de salud, accidentes u otros.

Este remedio, sin embargo, no es justo en el caso en que el seguro hubiese sido contratado por una persona distinta del asegurado. En este caso, ignorado por el legislador, se debió haber preferido la solución de los textos que sirven como fuente no inmediata a nuestro artículo 593 inciso 2º, asignando el capital *al tomador o a sus herederos* como hace la ley española y la argentina, entre muchas otras legislaciones. Piénsese en un seguro de fallecimiento con prima nivelada, o muy especialmente en un seguro con cuenta única de inversión (CUI) tomado sobre la cabeza de un tercero, en que una buena cantidad de la prima recolectada se atribuye a la formación de un registro de una determinada inversión financiera. La ley actual atribuye la indemnización a los herederos *del asegurado* en circunstancias en que todo el "depósito" registrado en la CUI ha sido aportado por el contratante, quien además tenía en vida el derecho a rescatar total o parcialmente el dinero acumulado. Una norma de este cariz, en este caso particular, vulnera la lógica y la naturaleza financiera de esa clase de contratación.

Pensamos que para evitar una mala interpretación de una norma tan oscura como el artículo 593 CCOM, es conveniente que sean las condiciones generales de las pólizas las que fijen reglas claras para el destino de la cuenta de inversión para el caso en que no haya beneficiarios, determinando que

ésta siempre deberá ceder en beneficio del contratante o de los herederos del contratante.[177]

25. Los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición, aunque repudien la herencia: Alcance de esta disposición

Para analizar esta cuestión es necesario resaltar que la indemnización por seguro de fallecimiento no forma parte del patrimonio del asegurado difunto, sino que se trata de un derecho personal que se materializa y nace en el patrimonio del beneficiario al momento del siniestro. Así se desprende con nitidez del artículo 596 inciso 2º CCOM, ya revisado más arriba.

Esta regla tiene aplicación cuando el beneficiario ha sido designado por alguno de los modos que la ley contempla, pero también en los casos en que la ley suple la designación a falta de éstos o de reglas para su determinación, conforme lo dispone el artículo 593 CCOM. También deberá aplicarse esta regla a la designación expresa de beneficiarios hecha a favor de "los herederos".

La ley entiende que deben tenerse por beneficiarios a los herederos del artículo 593 CCOM, sin que sea relevante para acreditar en su patrimonio la indemnización el hecho de que repudien la herencia (artículo 596 inciso 2º CCOM). Así, para los herederos que siendo capaces de repudiar conforme lo dispone el artículo 1225 CC ejercen su derecho consagrado en el mismo artículo, los efectos de ese repudio son irrelevantes. En efecto, el repudio no afectará su derecho a la indemnización, derecho que sólo se extinguirá por prescripción de la acción personal de cobro, judicialmente declarada.

Pero sólo el repudio (y no otra institución de derecho sucesorio privativa del haber hereditario) causa los efectos del artículo 593 artículo 2º CCOM.

---

[177] La Circular Nº 2.180 de la SVS define lo que debe entenderse por indemnización en los seguros de esta clase y esta regla se aplica para toda clase de beneficiarios, sea cual sea la forma en que obtuvieron esta calidad: "La compañía de seguros paga 'al beneficiario' una indemnización en caso de siniestro cuyo monto es una función del capital asegurado y de la cuenta única de inversión, definida en la póliza".

Por ello, no tendrán derecho a la indemnización quienes por indignidad sucesoria declarada, incapacidad absoluta o relativa u operación de un desheredamiento hayan perdido su calidad de herederos. Será la judicatura ordinaria o arbitral la que, conforme al artículo 543 CCOM, deberá resolver estas materias, teniendo en cuenta los elementos propios de cada caso.

26. La designación de beneficiario contenida en un testamento no es una "asignación testamentaria"

Más atrás hemos revisado que una de las formas a las que puede recurrir el contratante para designar a él o los beneficiarios es la designación "por testamento" (inciso 1º del artículo 593 CCOM). La designación de beneficiario en un testamento no comporta asignación testamentaria de ninguna especie, aun cuando para su designación se utilice el instrumento hereditario clásico que es el negocio jurídico unilateral que llamamos testamento, tal como sucede con un reconocimiento de un hijo, el nombramiento de un partidor, etcétera.

De esta manera, la indemnización que cede en favor del beneficiario no incrementa el acervo bruto, ni debe ser contabilizada para la deducción de las bajas generales de la herencia del artículo 959 CC. Igualmente, la indemnización no se acumula imaginariamente en virtud del artículo 1185 CC, pues no comporta donación de ninguna especie.

27. El pago de la indemnización al acreedor putativo

El artículo 6º de la Ley Nº 19.903 dispone que "La posesión efectiva será otorgada a todos los que posean la calidad de herederos, de conformidad a los registros del Servicio de Registro Civil e Identificación, aun cuando no hayan sido incluidos en la solicitud y sin perjuicio de su derecho a repudiar la herencia de acuerdo a las reglas generales".

Como se aprecia, la ley ha dispuesto que la resolución o decreto de posesión efectiva se otorgue también a personas que no hayan sido incluidas en la solicitud, por lo que les beneficiará la declaración de posesión efectiva de la herencia por el solo hecho de ser herederos. Lo mismo ocurrirá si aparece un beneficiario exhibiendo un testamento en que ha sido instituido, y luego resulta que su designación fue revocada por un acto testamentario

posterior, más todavía si se tiene en cuenta que la designación por testamento, lamentablemente, no exige ser notificada al asegurador.[178]

La calidad del llamado "beneficiario que sea heredero" del artículo 593 inciso 2º CCOM debe comparecer al momento de la apertura de la sucesión y no al de la delación de la herencia, instante que resulta intrascendente para la calificación de heredero/beneficiario. En efecto, el artículo 956 CC dispone que la delación de una asignación es "el actual llamamiento de la ley a aceptarla o repudiarla" en circunstancias que el artículo 593 inciso 2º CCOM ha sido nítidamente claro en desestimar la repudiación como elemento que deba ser tenido en cuenta para conceder *ipso iure* la calidad de beneficiario.

Con todo, bien puede suceder que al momento de la apertura de la sucesión no estén determinados con claridad todos los herederos, pues, por ejemplo, podrían haberse instituido herederos condicionales, modales, etc. Además, podría perfectamente ocurrir que los herederos que aparezcan como herederos *ab intestato* (por ejemplo, porque han obtenido el decreto o la resolución administrativa que les concede la posesión efectiva de la herencia)[179] no lo sean en definitiva, o no sean los únicos, lo que se verificará sólo al cabo de la ejecutoriedad de la sentencia de la respectiva acción de petición de herencia, reforma de testamento, etcétera.

En este caso, como en otros, surge el problema del pago de la indemnización a él o los herederos putativos, esto es, a quienes por decreto judicial o resolución administrativa han obtenido (o, mejor dicho, han sido incluidos en) el decreto que concede la posesión efectiva. La cuestión no es simple de resolver, pues, de exigirse que se pague sólo a quien demuestra su calidad de heredero real y definitivo, habría que esperar el transcurso de las prescripciones de las acciones hereditarias correspondientes, lo que tornaría en ilusorio el pago de los seguros.

La ley indica que sirve de justo título a los herederos putativos el decreto o resolución administrativa que les concede la posesión efectiva. Por ello, respecto de estas personas el pago debe entenderse válido, conforme lo

---

[178] Sobre este problema, véase *supra* 21.2.

[179] Sobre la forma de obtener la posesión efectiva tras la entrada en vigencia de la Ley Nº 19.903, de 10 de octubre de 2003, véanse sus artículos 1° al 11.

dispone el inciso 2º del artículo 1576 CC. Esta norma reputa satisfactorio el pago, aunque sólo en la medida en que haya sido hecho de buena fe "al poseedor del crédito". Por ello, un asegurador queda libre de reclamación si pagó la indemnización de buena fe a quien, en el caso del artículo 593 CCOM, se presentó como heredero, exhibiendo copia vigente y válida de la resolución o decreto que concede la posesión efectiva. Si por cualquier causa faltare la buena fe, el pago deberá reputarse no satisfactorio.

28. La designación del "cónyuge" como beneficiario

El artículo 593 inciso final CCOM regula la designación del cónyuge como beneficiario, entendiéndose que no se han aportado más datos para la determinación de dicha calidad. Se trata de una designación pensada para el seguro de fallecimiento, en que el contratante recurre simplemente a la expresión "a mi cónyuge" para designar al beneficiario. La norma indica que esta clase de designación se debe entender hecha a quien detente el estado de cónyuge "en el momento del fallecimiento del asegurado". En consecuencia, bastará al cónyuge acreditar con la documentación respectiva que estaba unido en matrimonio con el contratante al momento de la muerte del asegurado.

Desde la entrada en vigor de la Ley Nº 19.947, el matrimonio no sólo termina por muerte real o presunta de uno de los cónyuges y por nulidad, sino que también por divorcio (artículo 42). En cuanto a la separación de hecho, es necesario recordar que con ella no se pone fin al estado civil de casado, por lo que, a falta de determinación legal, el cónyuge designado beneficiario que se encuentre separado de hecho mantiene su condición de tal.

En lo relativo a la separación judicial, el artículo 33 de la Ley Nº 19.947 señala que "deja subsistentes todos los derechos y obligaciones personales que existen entre los cónyuges, con excepción de aquellos cuyo ejercicio sea incompatible con la vida separada de ambos, tales como los deberes de cohabitación y de fidelidad, que se suspenden".

De esta forma, aunque el cónyuge beneficiario del seguro haya dado causa por su culpa a la separación judicial y la sentencia se encuentre ejecutoriada y subinscrita, conforme lo dispone el artículo 32 de la Ley Nº 19.947, su calidad de beneficiario se mantiene, pues sólo cesan los efectos hereditarios del matrimonio (artículo 35) y se pierde la calidad

de legitimario (artículo 1182 artículo 2º CC), y ya hemos visto que la designación de beneficiario no es una asignación hereditaria ni testamentaria ni constituye herencia de ninguna especie.

28.1. Situación en caso de nulidad y de divorcio

Una vez que el divorcio o la nulidad quedan decretados por medio de una sentencia firme, el estado matrimonial termina (artículos 42 Nºs. 3 y 4, y 44 y 53 de la Ley Nº 19.947).

Lo señalado anteriormente es muy relevante, pues, como hemos revisado, el artículo 593 inciso final CCOM dispone que la designación del cónyuge como beneficiario debe entenderse hecha a aquel que lo sea "al momento del fallecimiento del asegurado". Es ése, y no otro momento, el que fija la calidad de beneficiario del "cónyuge designado". Pero la cuestión de la fijación legal del momento en que debe comparecer la calidad de cónyuge no es simple, puesto que la ley señala distintos efectos de la terminación del matrimonio, sea que se trate de los efectos entre las partes o frente a terceros.

En relación con la nulidad de matrimonio, el artículo 50 inciso 2º de la Ley Nº 19.947 dispone que la sentencia ejecutoriada que declare la nulidad de matrimonio "deberá subinscribirse al margen de la respectiva inscripción matrimonial y no será oponible a terceros sino desde que esta subinscripción se verifique". De esta manera, aun cuando el matrimonio termina legalmente con la sentencia firme de nulidad, los efectos para el asegurador (que es un tercero) sólo se computan desde la subinscripción. Por ello, si el asegurador paga la indemnización al cónyuge que figuraba como tal en la partida correspondiente obtenida con la fecha de la muerte del asegurado, paga bien y no podrá repetirse lo pagado ni reclamarse por otros interesados en dicha indemnización.

De igual manera, si el matrimonio había sido celebrado o ratificado ante el oficial del Registro Civil, el artículo 51 de la Ley Nº 19.947 dispone que "es válido" respecto del cónyuge que, de buena fe y con justa causa de error, lo contrajo, y por ello producirá respecto de esa persona todos los efectos civiles, y dejará de producir efectos civiles desde que falte la buena fe por parte de ambos cónyuges. Dentro de esos efectos válidos respecto del cónyuge, puede aparecer que es beneficiario en un seguro, por lo que el

pago de la indemnización hecha al cónyuge en caso de matrimonio putativo es también válido y no da derecho ni a repetir ni a reclamar a los terceros interesados en la indemnización.

En relación con el divorcio, el artículo 59 de la Ley Nº 19.947 señala una regla idéntica a la del artículo 50 sobre la necesidad de la subinscripción de la respectiva sentencia para que ésta produzca efectos frente a terceros.

Así, tanto para la nulidad como para el divorcio, los efectos entre los excónyuges se producen desde que queda ejecutoriada la sentencia que lo declara, pero aquello no puede afirmarse respecto de la compañía de seguros, pues ella misma califica como un tercero absoluto. Por ello, aunque esto pueda producir algunos problemas, cada vez que se deba pagar un seguro a un "cónyuge beneficiario" de aquellos señalados en el inciso final del artículo 593 CCOM, el asegurador debe tener presente la inscripción del matrimonio vigente al día de la muerte del asegurado.

Un caso interesante de analizar es el del matrimonio celebrado ante entidades religiosas de derecho público. Si bien el matrimonio celebrado ante entidades religiosas de derecho público que no se inscribiere dentro del plazo de ocho días contemplado no produce efecto alguno (artículo 20 de la Ley Nº 19.947), resulta complejo resolver el problema que se suscita si el contrayente muere antes del mencionado plazo de ocho días (o pendiente el recurso ante la Corte de Apelaciones contra la negativa a la inscripción), habiendo sido designado el "cónyuge" como beneficiario en los términos del artículo 593 inciso final CCOM. Pensamos que, lamentablemente, en estos casos, el cónyuge no podrá tener la calidad de beneficiario.

Por último, el matrimonio contraído en país extranjero produce en Chile los mismos efectos que el celebrado según las leyes nacionales (artículo 81 de la Ley Nº 19.947), por lo que el cónyuge del asegurado casado en el extranjero debe ser considerado como beneficiario del seguro en los mismos términos expresados en el artículo 593 inciso final CCOM.

28.2. Vacío legal en relación con el acuerdo de unión civil

El legislador de la Ley Nº 20.830 se preocupó de regular la situación sucesoria y patrimonial relativa al acuerdo de unión civil creado por esa misma norma legal. Según la ley, en general corresponden al conviviente

civil los mismos derechos hereditarios del cónyuge, incluido el derecho de adjudicación preferente del artículo 1337 regla 10ª. Asimismo, el conviviente civil es asignatario de cuarta de mejoras (artículos 16 y 19 de la Ley Nº 20.830) y puede ser beneficiario de pensión (artículos 5°, 7° y 58 del D.L. Nº 3.500).

Con todo, y a pesar de la igualación para efectos hereditarios y en cierta clase de beneficios de seguridad social, el legislador lamentablemente pretirió la situación del conviviente civil para los efectos de la designación de beneficiario de un seguro de personas, por lo que una designación hecha "al cónyuge" no puede entenderse extendida al conviviente civil, ni siquiera utilizando criterios interpretativos.

Con todo, es posible que el contratante pueda designar como beneficiario "al conviviente civil", pues tal designación cumple con el requisito exigido en la ley, que consiste en señalar "las reglas necesarias" para la determinación del beneficiario (artículo 593 CCOM). En todo caso, la ley no resuelve si deberá considerarse beneficiario a la persona que ostente la calidad de conviviente civil al momento de contraerse el acuerdo, o bien al momento de la muerte del asegurado, ni se regula la suerte de la designación si es que estado de conviviente civil cesa, incluso porque los convivientes contrajeran un posterior matrimonio.

29. Pluralidad de beneficiarios. Referencia a las cuotas hereditarias y derecho de acrecer

El artículo 594 CCOM contiene las reglas que deben seguirse para el caso de pluralidad de beneficiarios. Señala: "Si la designación se hace en favor de varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás".

A pesar de ser una norma de poca extensión, regula varias situaciones complejas. En primer término, se hace cargo del caso en que el contratante ha designado a más de un beneficiario (que no sean herederos) sin establecer la proporción en que éstos deben concurrir al pago de la indemnización.

En esta situación, señala la ley, se entiende que cada uno lleva una parte alícuota o proporcional.

Distinto es el caso en que la pluralidad de beneficiarios recae en dos o más personas que son herederas del contratante sin que se determinen las cuotas. La ley, supliendo la voluntad del contratante, señala que, salvo disposición en contrario, debe asignarse la indemnización en proporción a las respectivas cuotas hereditarias. La norma parece dar a entender que, en el caso de que aparezca una pluralidad de beneficiarios que sean a su vez herederos, debe partirse la indemnización del seguro según las reglas establecidas en los artículos 988 y siguientes del CC, vale decir, según las reglas aritméticas de repartición del patrimonio hereditario dadas para la sucesión intestada, salvo "pacto" en contrario. De esta manera, si el contratante designó beneficiario a su cónyuge y a sus dos hijos sin establecer la forma de distribuir la indemnización, ésta se dividirá en un medio para el cónyuge y un cuarto para cada hijo personalmente (artículo 988 CC).

La norma no soluciona expresamente el caso en que entre los múltiples beneficiarios aparezcan herederos cuyas cuotas se vean aumentadas por una asignación testamentaria, como si a uno de ellos se le asignara todo o parte de la cuarta de mejoras y/o la parte de libre disposición. En tal caso, resulta evidente que la determinación de las cuotas hereditarias no equivaldrá a las establecidas en el artículo 988 CC (ni en el artículo 1181 CC), sino que deberá fijarse de acuerdo a la repartición que haya hecho el testador.

Finalmente, al tratar de la pluralidad de beneficiarios, la ley no ha solucionado el problema que se produce cuando, entre los dos o más beneficiarios, concurren algunos que son herederos y otros que no. A nuestro juicio, no existe una solución interpretativa para este caso.

29.1. Derecho de acrecer cuando hay pluralidad de beneficiarios

El artículo 594 CCOM establece un derecho a acrecer[180] entre los beneficiarios de un seguro respecto de lo que denomina "la parte no adquirida".

[180] El artículo 1147 CC define el derecho de acrecer respecto de las asignaciones testamentarias. Señala: "Destinado un mismo objeto a dos o más asignatarios, la porción de uno de ellos, que por falta de éste se junta a las porciones de los otros, se dice acrecer a ella".

Evidentemente, como todas las modalidades del derecho de acrecer, la regla sólo puede operar en caso de pluralidad de beneficiarios.

Pese a que el legislador ha procurado regular expresamente el derecho de acrecer, no resulta claro cuándo debe entenderse que estamos frente a la situación legalmente descrita como "la parte no adquirida". Con anterioridad hemos revisado las diversas situaciones en que puede faltar un beneficiario según el artículo 593 CCOM y hemos visto que las reglas dadas por el legislador no resultan suficientemente claras.

Si hubiese pluralidad de beneficiarios y cualquiera de los designados por el contratante (o por la ley) llegase a faltar, la parte que le hubiese correspondido a ese beneficiario acrece a la cuota de los demás. La proporción en que esta cuota deberá enterarse estará sujeta a las reglas de la pluralidad de beneficiarios del mismo artículo 594 CCOM. De esta manera, si hubiese dos beneficiarios y uno no llegase a adquirir su cuota, será el otro quien se lleve la totalidad de la indemnización. Si fueran tres o más beneficiarios, y uno no llegase a adquirir su cuota, habrá que distinguir si los beneficiarios son todos herederos o no. En el primer caso, el derecho de acrecer deberá respetar las proporciones que resulten de las cuotas hereditarias. En el segundo, el acrecimiento será por partes iguales o alícuotas.

30. Revocación del beneficiario en los seguros de personas

Igual que sucede con la designación, la revocación del beneficiario es un derecho del contratante. Este derecho reconoce como única limitación legal el caso en que el contratante haya renunciado por escrito a la facultad de revocar la designación de beneficiario.

La regla anterior deriva del artículo 595 inciso 1º CCOM, que dispone: "El contratante del seguro puede revocar la designación de beneficiario en cualquier momento, a menos que haya renunciado a esta facultad por escrito. En este último caso, para cambiar al beneficiario designado deberá obtener su consentimiento".

La frase "en cualquier momento" debe entenderse sólo hasta antes de ocurrido el siniestro, pues, si el siniestro ha tenido lugar, el beneficiario

integra el derecho a la indemnización en su patrimonio, conforme lo dispone el artículo 596 inciso 2º CCOM y cualquier revocación sería intempestiva.

En cuanto a la formalidad que la ley exige para la revocación de beneficiario, el inciso 2º del artículo 595 CCOM dispone que ésta deberá hacerse "en la misma forma establecida para la designación" (artículo 593 inciso 1º CCOM), vale decir, en una declaración escrita comunicada al asegurador, o bien en un testamento.[181] En el caso del testamento, como se ha señalado más arriba,[182] la ley no ha exigido la comunicación al asegurador, lo que evidentemente podría generar problemas a la hora del pago de la indemnización.

Asimismo, existe una forma adicional de revocar el beneficiario establecida en el artículo 597 CCOM (que trata de la cesión o pignoración de la póliza). Tanto la cesión como la prenda, por sí solas, implican la revocación del beneficiario en la medida en que se cumplan los requisitos copulativos establecidos en la norma, que son la notificación al asegurador por escrito y por medio de un ministro de fe.[183]

Finalmente, debemos señalar que la designación de un beneficiario irrevocable no impide absolutamente su revocación o cambio. En efecto, la ley dispone que el contratante puede obtener el consentimiento del beneficiario con el objeto de operar su revocación. La ley no ha señalado la forma en que debe concurrir la voluntad del beneficiario en este caso, aun cuando lo razonable es que deba exigirse que conste por escrito, no sólo por coherencia normativa, sino que para poder informar al asegurador de esta circunstancia.

31. Derechos del beneficiario y, primeramente, derecho a la indemnización en caso de siniestro

El beneficiario es el titular del derecho personal sobre la indemnización en caso de siniestro y, en tal sentido, es el acreedor de la obligación condicional de indemnizar del artículo 529 Nº 2 CCOM.

---

[181] Obviamente que la revocación "en la póliza" no es una posibilidad.

[182] Sobre la designación por testamento, véase *supra* 21.2 y 26.

[183] Sobre la cesión y pignoración de las pólizas en los seguros de personas, véase *infra* 84.

Con tal título, el beneficiario goza de legitimación activa para dirigir contra el asegurador la acción de cumplimiento, la que se debe regir por las reglas de solución de conflictos del artículo 543 CCOM. En consecuencia, si el beneficiario es, a su vez, asegurado, puede optar por la justicia ordinaria en las reclamaciones por siniestro que sean inferiores a UF 10.000. Si, en cambio, el beneficiario no es la misma persona que el asegurado, como ocurre en los seguros de fallecimiento, deberá siempre acudir a la justicia arbitral cualquiera que sea la cuantía de la indemnización que busque reclamar.[184]

a) Momento en que el beneficiario adquiere su derecho a la indemnización

Según dispone el artículo 596 inciso 2º CCOM, "el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza", lo que se refuerza al señalarse que esto es así "para todos los efectos legales".

La consecuencia de la regla descrita más arriba es que, antes de ocurrido el siniestro, el beneficiario no tiene nada. Una vez ocurrido el siniestro, el beneficiario se convierte en acreedor de una indemnización.

Lo anterior trae como consecuencia que deba considerarse que el asegurador está en mora de pagar la indemnización al beneficiario desde el momento en que ocurre el siniestro, y no desde que, por ejemplo, concluye el eventual proceso de liquidación del seguro o de las impugnaciones establecidas en el D.S. Nº 1.055.[185] En los seguros de salud (y algunos de accidentes) cuya cobertura sea el reembolso de gastos incurridos, que son seguros de contenido patrimonial (artículo 601 CCOM), el siniestro es el mismo desembolso monetario, por lo que el asegurador está en mora desde que dicho gasto se genera y no desde que, por ejemplo, se diagnostica la enfermedad o se sufre determinado accidente. El hecho de que un siniestro ingrese a un proceso de liquidación evidentemente no impide la mora del deudor, y por ello no es necesaria la reconvención judicial del artículo 1551 Nº 3 CC para poner al asegurador en *mora solvendi*.

---

[184] Sobre la competencia de la justicia ordinaria sólo en las contiendas entre asegurado y asegurador con relación al artículo 543 CCOM, véase *infra* 85.

[185] Esto es así aun cuando la ley considere que los plazos de prescripción se interrumpen (artículo 541 CCOM).

Es interesante destacar que en los seguros de salud, además, la Circular Nº 1.935, de 2009 (III.3), dispone que el plazo de aviso de siniestro debe computarse desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independientemente de la fecha de la prestación que lo origina, lo que ocurre a pesar de que el beneficiario ingresó a su patrimonio el derecho a ser reembolsado desde el momento del siniestro, lo que se acredita como una regla de protección al beneficiario frente a un cómputo arbitrario del plazo de denuncia.

En ciertos seguros de personas, puede ocurrir que la época de ocurrencia de un determinado siniestro sea de difícil determinación. Evidentemente que esto no ocurrirá generalmente en los seguros de fallecimiento ni en la mayoría de los casos de accidentes personales, pero sí puede ocurrir con facilidad en los seguros de salud. En efecto, en esta clase de aseguramiento, las consecuencias de una patología suelen prolongarse en el tiempo, más allá de los primeros síntomas y tratamientos, de manera que los gastos incurridos (y a los que se tiene un derecho a reembolso) podrían mantenerse por un período de tiempo importante. Por ello, y en cumplimiento de su obligación de claridad, resulta recomendable que un asegurador diligente perfile de manera clara y precisa cuál es el siniestro por el que se hará deudor de una indemnización, fijando la época y circunstancias específicas en que asumirá los respectivos costes, plazos y término de la cobertura, cuidando de no violentar el artículo 532 CCOM, que dispone de manera imperativa: "Si el siniestro se iniciare durante la vigencia del seguro y continuare después de expirada, el asegurador responderá del importe íntegro de los daños".[186]

b) Forma en que debe pagarse la indemnización

En los seguros de daños existe una regla sobre la forma de indemnizar en el artículo 563 CCOM. Dispone: "El asegurador deberá indemnizar el siniestro en dinero, a menos que se hubiere estipulado que pueda hacerlo mediante la reposición o reparación de la cosa asegurada". Una regla semejante no aparece en los seguros de personas, por lo que es necesario analizarlos por separado.

---

[186] Sobre esta regla de cobertura, véase *infra* 64.2 y 98.8.

i) En el seguro de vida

El artículo 588 inciso 2º CCOM dispone que en el seguro de vida el asegurador se obliga a pagar una suma de dinero. Si consideramos que la norma es imperativa, debe concluirse que no puede pactarse un modo de extinguir la obligación diverso en un seguro de esta clase. Lo anterior se confirma con la disposición del artículo 596 CCOM, que se refiere expresamente al "monto" de las indemnizaciones en los seguros de vida. A falta de distinción legal, la obligación de pagar la llamada "indemnización" en dinero debe entenderse aplicable tanto a los seguros de fallecimiento como a los de sobrevida.

ii) En el seguro de renta vitalicia

Según dispone el artículo 588 inciso 3º, la obligación que pesa sobre el asegurador es la de pagar una "renta", sin que se especifique la forma en que dicha renta debe pagarse. El artículo 2267 CC, que debe recibir aplicación supletoria en este caso, es claro al señalar que la pensión "no podrá ser sino en dinero".

iii) En el seguro de accidentes personales

Según dispone el artículo 588 inciso 4º, la obligación del asegurador es "de indemnizar", sin que se haga referencia a que dicha indemnización deba ser necesariamente en dinero. Por ello, nada obsta a que el asegurador se obligue a cumplir determinadas obligaciones de hacer pactadas en el contrato, como proveer el traslado en ambulancia y otras prestaciones sanitarias. En la modalidad muerte accidental, la indemnización sólo puede ser en dinero, pues se trata, en último término, de un seguro de vida.[187]

iv) En el seguro de salud

El inciso final del artículo 588 CCOM dispone que la obligación del asegurador es de "pagar" una serie "de gastos" en que incurra el asegurado. En último término, se trata de un reembolso monetario, por lo que debe entenderse que la obligación de indemnizar es naturalmente en dinero.

[187] Sobre la calidad del seguro de muerte accidental, véase *infra* 95.2, letra a.

Con todo, existen coberturas de salud (y de accidentes personales) que no son propiamente patrimoniales ni indemnizatorias, como las de asistencia sanitaria, traslados en ambulancia, verificación de exámenes en el extranjero, pasajes aéreos, etc. En tales casos, la obligación del asegurador es de hacer, y no se debe entender satisfecha mediante un pago en dinero ni tampoco mediante una prestación por equivalencia.[188]

32. El derecho de rescate en el seguro de vida no es un derecho del beneficiario, sino del contratante

A pesar de ser tratado como un derecho del beneficiario en el artículo 596 inciso 3º, el derecho a rescatar total o parcialmente los dineros registrados en una cuenta única de inversión (CUI) es un derecho del contratante y no del beneficiario. Lo anterior es evidente, pues es el contratante, y no el beneficiario, quien paga las primas afectas a la formación de un registro en una cuenta de inversión, precisamente para disponer (él mismo) de ella total o parcialmente en vida, o para que ésta integre la indemnización a favor de un tercero en caso de siniestro.

Igual cosa sucede con el derecho a la reducción de la suma asegurada, a saldar la póliza, a prorrogarla y a la concesión de anticipos o préstamos.[189]

33. Cuarto sujeto (y parte) del contrato de seguro: El asegurador de personas

Dentro de los sujetos del contrato de seguro, el asegurador es el que asume el riesgo, cobra la prima, y contrae la obligación condicional de indemnizar del artículo 529 Nº 2 CCOM.

Como hemos revisado en el capítulo introductorio, la influencia de la actividad estatal en la constitución y funcionamiento de las compañías

---

[188] Garrigues, Joaquín (1983), p. 373, señala: "Puede ocurrir que el asegurador haya asumido directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos. En tal caso, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan. Éste es el caso del seguro de asistencia sanitaria, que es una subespecie del seguro de enfermedad".

[189] Para los derechos del contratante en el seguro de vida, véase *infra* 90 y siguientes.

de seguros de personas se ha manifestado con fuerza desde fines del siglo XIX y muy especialmente a principios del siglo XX, con la obligación de constituir reserva y la prohibición de los seguros supuestamente menos científicos.[190]

Desde 1927, la ley distingue a las compañías en dos grupos.[191] Las compañías que cubran riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital, una póliza saldada o una renta para el asegurado o sus beneficiarios pertenecen al "segundo grupo".

El artículo 11 de la misma ley dispone que una misma compañía de seguros no puede cubrir riesgos comprendidos en los dos grupos. Con todo, existe una importante excepción a esta regla, pues las aseguradoras de uno y otro grupo pueden cubrir los riesgos de accidentes personales y los de salud que, sin perjuicio de lo señalado en el artículo 601 CCOM, en Chile han sido calificados como seguros de personas.

34. Resguardos legales relativos a los aseguradores de personas. Probidad y solvencia

Dado su evidente interés público, el legislador ha establecido limitaciones y regulaciones muy importantes para las compañías aseguradoras del segundo grupo. Pero el legislador ha ido más allá y no sólo se ha concentrado en la regulación de los aseguradores propiamente tales, sino que ha establecido importantes requisitos de probidad y solvencia para sus accionistas fundadores y controladores.

Para constituir cualquier tipo de compañía de seguro, tanto del primero como del segundo grupo, el artículo 37 del D.F.L. Nº 251 exige acreditar

---

[190] Véase *supra* 12 al 16.

[191] El artículo 41 de la Ley Nº 4.228, que crea la Superintendencia de Compañías de Seguro, disponía: "Al segundó grupo pertenecerán las compañías que aseguren el riesgo de vida u otros que afecten al tenedor de la póliza dentro o al término de un plazo, un capital o una póliza saldada, una renta para sí o su beneficiario". En 1931 esta norma pasó al artículo 8º del D.F.L. Nº 251 y se mantiene más o menos estable hasta hoy.

que tanto sus accionistas (fundadores)[192] como sus controladores no se encuentran en algunas de las situaciones previstas en las letras a, b y c del artículo 44 bis de la misma ley, vale decir, no haber sido condenados por delitos que merezcan pena aflictiva (ni condenado por alguno de los delitos especiales contemplados en el D.F.L. Nº 251). Tampoco pueden ser fundadores de una compañía de seguro los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar. Finalmente, no califican las personas sancionadas por la CMF con la revocación de la inscripción en alguno de los registros que lleva esta entidad, los que hayan sido administradores, directores o representantes legales de una persona jurídica sancionada de igual forma, o con la revocación de su autorización de existencia, a no ser que hayan salvado su responsabilidad en la forma que prescribe la ley o acrediten no haber tenido participación en los hechos que la motivaron.

Desde el año 2007, con la dictación de la Ley Nº 20.190, los requisitos son todavía más estrictos para los fundadores y controladores de compañías de seguros de personas o del segundo grupo. El artículo 37 bis del D.F.L. Nº 251 establece que, para obtener la autorización de existencia, los accionistas fundadores de una compañía de seguros de personas deberán cumplir los siguientes requisitos, tanto de probidad como de solvencia:

a) Contar individualmente o en conjunto con un patrimonio neto consolidado equivalente a la inversión proyectada y, cuando se reduzca a una cifra inferior, informar a la CMF oportunamente de este hecho.

b) No haber incurrido en conductas graves o reiteradas que puedan poner en riesgo la estabilidad de la entidad aseguradora que se proponen constituir o la seguridad de sus asegurados.

c) No haber tomado parte en actuaciones, negociaciones o actos jurídicos de cualquier clase, contrarios a las leyes, las normas o las sanas prácticas bancarias, financieras o mercantiles que imperan en Chile o en el extranjero.

d) No encontrarse en alguna de las siguientes situaciones:

[192] Se considerará accionistas fundadores de una compañía de seguros del segundo grupo a aquellos que tengan una participación significativa en su propiedad, según las normas del artículo 38 D.F.L. Nº 251.

i) Que se trate de un fallido no rehabilitado (en ese sentido se repite la prohibición del artículo 37 D.F.L. Nº 251).

ii) Que en los últimos quince años, contados desde la fecha de solicitud de la autorización, haya sido director, gerente, ejecutivo principal o accionista mayoritario directamente o a través de terceros, de una entidad bancaria, de una compañía de seguros del segundo grupo o de una AFP que haya sido declarada en liquidación forzosa o quiebra, según corresponda, o sometida a administración provisional, respecto de la cual el Fisco o el Banco Central de Chile hayan incurrido en considerables pérdidas. No se considerará para estos efectos la participación de una persona por un plazo inferior a un año.

iii) Que registre protestos de documentos no aclarados en los últimos cinco años en número o cantidad considerable (en este sentido se clarifica la oscura expresión "intachables antecedentes comerciales", utilizada en otras partes de la ley).

iv) Que haya sido condenado o se encuentre bajo acusación formulada en su contra por cualquier los delitos contra la propiedad o contra la fe pública o contra la probidad administrativa, la seguridad nacional, tributarios, aduaneros, y los contemplados en las leyes contra el terrorismo y el lavado o blanqueo de activos, así como otros contemplados en leyes especiales.[193]

v) Que haya sido condenado a pena aflictiva o de inhabilitación para desempeñar cargos u oficios públicos.

vi) Que se le haya aplicado, directamente o a través de personas jurídicas, cualquiera de las siguientes medidas, siempre que los plazos de reclamación hubieren vencido o los recursos interpuestos en contra de ellas hubiesen sido rechazados por sentencia ejecutoriada: 1) que se haya declarado su liquidación forzosa o se hayan sometido sus actividades comerciales a administración provisional, o 2) que se le haya cancelado su autorización

[193] Se trata de los delitos contemplados en las leyes Nºs. 18.045 y 18.046; D.F.L. Nº 3, de 1997; D.L. Nº 3.500, de 1980; Ley Nº 18.092; Ley Nº 18.840; D.F.L. Nº 707, de 1982; Ley Nº 4.702; Ley Nº 5.687; Ley Nº 18.175; Ley Nº 18.690; Ley Nº 4.097; Ley Nº 18.112, y las leyes sobre prenda.

de operación o existencia, o su inscripción en cualquier registro requerido para operar o para realizar oferta pública de valores, por infracción legal.

Tratándose de una persona jurídica, los requisitos se considerarán respecto de sus controladores, socios o accionistas mayoritarios, directores, administradores, gerentes y ejecutivos principales, a la fecha de la solicitud.

En cuanto a las medidas de solvencia, para fundar una compañía del segundo grupo, el mismo artículo 37 bis D.F.L. Nº 251 exige acreditar que sus accionistas y sus controladores posean un patrimonio neto consolidado al menos igual al monto del aporte.

Como se aprecia, además del control de solvencia del asegurador en sí, el legislador (y el regulador) han puesto énfasis en el control de solvencia de los accionistas. Del tal suerte, el artículo 9º bis del D.F.L. Nº 251 dispone que las personas naturales o jurídicas que, personalmente o en conjunto controladoras de una compañía de seguros del segundo grupo o que posean individualmente más del 10 % de sus acciones, "deberán enviar a la superintendencia información fidedigna acerca de su situación financiera. La superintendencia, mediante norma de carácter general, determinará la periodicidad y contenido de esta información", que no podrá exceder de la que exige a las sociedades anónimas abiertas. Para estos efectos la entonces llamada SVS emitió la NCG Nº 402, de 22 de diciembre de 2015, en la que se ha definido como patrimonio neto consolidado de los controladores de una compañía de seguros aquel que se calcula como la diferencia entre los activos y pasivos, determinados a nivel consolidado.

El patrimonio neto de los controladores deberá ser igual o superior al patrimonio de riesgo de la compañía de seguros definido en la letra f) del artículo 1º del D.F.L. Nº 251. Para ello deben cumplirse severas exigencias de información patrimonial tanto de controladores personas naturales como jurídicas.[194]

[194] El artículo 38 del D.F.L. Nº 251 contempla la situación para el caso de cambio de propiedad de un controlador. Señala: "Por exigirlo el interés nacional, una vez autorizada la existencia de la entidad aseguradora, ésta deberá informar a la Superintendencia todo cambio de propiedad accionaria que involucre que un accionista pase a poseer una participación igual o superior al 10 % del capital y el accionista deberá acreditar los requisitos indicados en las

Cuando el patrimonio neto consolidado de los controladores, individualmente o en conjunto, en la proporción que les corresponda, se reduzca a un monto inferior al patrimonio de riesgo y no sea subsanado dentro del plazo fijado por la CMF, el regulador podrá ordenar a las compañías que se abstengan de realizar las transacciones y operaciones que específicamente determine con sus personas relacionadas o a través de ellas hasta por un plazo de seis meses, renovable por igual período.[195]

Finalmente, la NCG Nº 323, de 25 de noviembre de 2011, determina la forma de calcular el patrimonio neto de la compañía de seguros (no de los controladores ni accionistas fundadores), así como patrimonio neto y su límite máximo de endeudamiento.

35. Existencia societaria de las compañías de seguro

En virtud del artículo 2º de la Ley Nº 18.046, las compañías de seguros quedan sujetan a un régimen especial de constitución, fiscalización y regulación. A su turno, el artículo 9º del D.F.L. Nº 251 dispone que las compañías que se dediquen al comercio de asegurar se deben constituir "de conformidad a los artículos 126 y siguientes de la Ley de Sociedades Anónimas", vale decir, se forman, existen y aprueban por escritura pública. Para existir, es necesaria la obtención de la autorización de existencia emanada de la SVS (hoy CMF), previa acreditación del cumplimiento de las correspondientes exigencias legales, de probidad y de solvencia, tras lo que se emitirá un certificado que deberá ser inscrito y publicado.[196]

---

letras a) y b) de inciso primero del artículo anterior. Antes de acreditarse ante la Superintendencia los requisitos indicados, el accionista no podrá ejercer el derecho a voto por dichas acciones".

[195] Asimismo, en este caso, la superintendencia podrá suspender la administración o todas o algunas de las operaciones de la compañía, en los términos que señalan los números 3º y 4º del artículo 44 del D.F.L. Nº 251, renovables por igual período, designando para tal efecto un administrador.

[196] La superintendencia deberá comprobar que estas sociedades cumplen con las exigencias legales y económicas requeridas al efecto, para autorizar su existencia. El plazo para inscribir y publicar es de 60 días contado desde la resolución que autoriza la existencia y no desde el otorgamiento de la escritura pública, como establece el régimen general de las sociedades anónimas.

Es necesario advertir que la CMF puede negar la autorización de existencia de una compañía aseguradora por resolución fundada si no se acreditan (o simplemente si no se cumplen) los requisitos anteriores y los demás que exija la ley.

El problema de la autorización de existencia también está abordado como una de las potestades de la CMF en el artículo 3º del D.F.L. Nº 251. Esta norma señala como atribución y obligación de la CMF "a) Autorizar la existencia, aprobar los estatutos y sus modificaciones, aprobar la prórroga del plazo de duración y la disolución anticipada de las sociedades anónimas nacionales de seguros y de reaseguros; autorizar el traspaso de una participación significativa, teniendo a la vista los documentos que acrediten que han cumplido y están en condiciones de cumplir las obligaciones de la presente ley". El artículo 33 Nº 5 de la Ley Nº 21.000, a su turno, dispone el pago de derechos equivalentes a UF 20 para requerir una autorización de existencia.

En cuanto al saneamiento de esta clase de sociedades, el artículo 5º de la Ley Nº 19.499 dispone un régimen especial, pues, para proceder a sanear los vicios formales, se requiere de una resolución aprobatoria de la CMF, y que el certificado que de ella emane sea también inscrito y publicado.

Las compañías de seguro quedan sujetas al mismo régimen que las sociedades anónimas abiertas en lo que no se oponga a las reglas especiales de los artículos 126 y siguientes LSA. Finalmente, salvo que sean emisoras de valores, no deberán inscribirse en el Registro de Valores (artículo 128 LSA).

36. Establecimiento de compañías extranjeras y de agencias o sucursales

Sin perjuicio de que el artículo 4º inciso 1º del D.F.L. Nº 251 dispone que el comercio de asegurar riesgos a base de primas sólo podrá hacerse en Chile por sociedades anónimas nacionales de seguros y reaseguros, en los términos que hemos referido más arriba, cuyo texto es un resabio de la nacionalización de la industria aseguradora de la Ley Nº 4.227, de 1927[197], el inciso 2º del mismo artículo (introducido por la Ley Nº 20.552, de 17

[197] Véase *supra* 5.

de diciembre de 2011) dispone que "las entidades aseguradoras extranjeras establecidas en el exterior podrán comercializar en Chile los seguros de transporte marítimo internacional, aviación comercial internacional, mercancías en tránsito internacional y de satélites, y la carga que éstos transportan".[198]

Asimismo, el inciso 3º del mismo artículo (también intercalado por la Ley Nº 20.190) permite a cualquier persona contratar libremente en el extranjero toda clase de seguros. Sin embargo, no pueden ser contratados en el exterior los seguros obligatorios establecidos por ley ni los contemplados en el Decreto Ley Nº 3.500. Con ello, en el ámbito de los seguros de personas, queda prohibido a los particulares contratar rentas vitalicias previsionales con compañías extranjeras, cualquiera sea la modalidad que se pretenda instituir.

El artículo 4º bis del D.F.L. Nº 251, también introducido por la Ley Nº 20.190, permite que las compañías constituidas en el extranjero puedan establecer una sucursal en Chile, para lo cual deberán establecerse como una agencia de las descritas y reguladas en el Título XI de la Ley Nº 18.046.[199] Asimismo, deberán obtener la autorización señalada en el Título XIII de la misma ley, en la medida en que cumplan, además, con los requisitos establecidos en el D.F.L. Nº 251 para la autorización de existencia de las compañías de seguros.

Para la administración de sus negocios, las compañías de seguros extranjeras autorizadas para funcionar con agencia o sucursal no estarán obligadas a mantener un directorio, pero deberán tener un agente ampliamente autorizado para que las represente con todas las facultades legales, y a quien corresponderán las responsabilidades legales corrientemente asignadas a los directores y gerentes de compañías nacionales.

37. Giro exclusivo y actividades afines o complementarias

Según revisamos en el capítulo introductorio, el artículo 4º del D.F.L. Nº 251 dispone que "El comercio de asegurar riesgos a base de primas, sólo

[198] El mismo inciso antes había sido modificado por la Ley Nº 20.190, de 5 de junio de 2007.

[199] Véanse los artículos 121 a 124 de la Ley Nº 18.046.

podrá hacerse en Chile por sociedades anónimas nacionales de seguros y reaseguros, que tengan por objeto exclusivo el desarrollo de dicho giro y las actividades que sean afines o complementarias a éste, que autorice la Superintendencia mediante norma de carácter general".

Así, por ejemplo, la NCG Nº 156, de 5 de septiembre de 2003, autorizó a las compañías del segundo grupo a actuar como agentes colocadores de cuotas de fondos mutuos regidos por el D.L. Nº 1.328, de 1976.

El 18 de julio de 2017, la entonces llamada SVS emitió el muy controversial Oficio Circular Nº 1.001, relativo a la administración y gestión de los bienes raíces que las aseguradoras deben mantener dentro de su reserva técnica. La controversia producida por este oficio circular radica en que el regulador prohibió a los aseguradores la "administración activa" de dichos bienes raíces, bien lo hicieran directamente, o bien a través de sociedades en las que tengan participación, entendiendo por gestión y administración activa la que no es imprescindible para el manejo y cuidado de la inversión.

38. El capital

Según el artículo 7º del D.F.L. Nº 251, el capital de las aseguradas no puede ser inferior a UF 90.000 al momento de constituirse y deberá encontrarse totalmente suscrito y pagado. De otro modo, no se podrá autorizar su existencia. Dicha cantidad es monto mínimo, y no puede reducirse durante la vigencia de la sociedad. Si de hecho ocurriere una disminución, la compañía está obligada a completarlo bajo sanción de revocarse su autorización de existencia.

39. Límite máximo de endeudamiento

El artículo 15 del D.F.L. Nº 251 dispone que el límite máximo de endeudamiento total de las compañías del segundo grupo será igual a 15 veces su patrimonio. La CMF puede, mediante normas de aplicación general, establecer límites de endeudamiento superiores al establecido en la ley, aun cuando se fija un límite máximo de 20 veces el patrimonio, en el caso de las compañías del segundo grupo, cuando exista razón fundada para ello, condicionado a que cada modificación se mantenga vigente durante, al menos, un año y que dicho cambio no sea superior a una vez el patrimonio.

40. RESERVAS

En el capítulo introductorio hemos estudiado la importancia de la reserva y del patrimonio de riesgo. No retornaremos sobre ese particular, sino que nos remitimos expresamente a lo señalado en esa parte de este estudio.[200]

41. FORMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO EN LOS SEGUROS DE PERSONAS

En el nuevo régimen inaugurado por la Ley Nº 20.667, y a diferencia de lo que ocurría en el Código de Ocampo en su versión original[201], el seguro es un contrato consensual. Así lo dispone expresamente el artículo 515 CCOM.

De esta realidad general, por cierto, no escapa el seguro de personas en cualquiera de sus modalidades.

Recordemos que, según el artículo 1443 CC, son contratos consensuales aquellos que se perfeccionan por el solo consentimiento de las partes, sin necesidad de una solemnidad especial, como podría ser la escrituración de una póliza o la emisión de un certificado de cobertura.

De esta manera, y cada vez que se cumplan los requisitos de existencia y validez generales de todo contrato, prescritos en el derecho común, para que haya contrato de seguro de personas bastará que las partes acuerden los requisitos esenciales particulares del negocio establecidos en el artículo 521 CCOM, vale decir, el riesgo y el interés asegurable,[202] que en el caso del seguro de personas debe versar sobre el fallecimiento o supervivencia, accidente o de enfermedad; la estipulación de una o más

---

[200] Véase, en detalle, *supra* 12 al 16.

[201] El derogado artículo 514 CCOM disponía: "El seguro se perfecciona y prueba por escritura pública, privada u oficial, que es la autorizada por un corredor o por un cónsul chileno en su caso". A su turno, el antiguo artículo 515 CCOM disponía: "El seguro ajustado verbalmente vale como promesa, con tal que los contratantes hayan convenido formalmente en la cosa, riesgo y prima".

[202] Para el interés asegurable como requisito esencial en los seguros de personas, véase *infra* 65.

primas, y, finalmente, la obligación condicional de indemnizar o reparar a el o los beneficiarios, sin que sea necesaria la escrituración ni la emisión de un documento justificativo del contrato. Tampoco será requerido el pago de una prima ni de una fracción de ésta.

La consensualidad en los seguros de personas es una regla general, aun cuando veremos que, a pesar de la declaración legal, existen importantes excepciones que analizaremos a continuación.

42. Solemnidad especial de la renta vitalicia del D.L. Nº 3.500

El artículo 62 inciso 4º del D.L. Nº 3.500 dispone que el contrato de seguro de renta vitalicia previsional se perfecciona mediante la aceptación "por escrito" que hace el afiliado de la oferta de la compañía de seguros de vida de su elección o la adjudicación en remate, debiendo el asegurador remitir a la respectiva AFP en donde el cotizante mantenga su cuenta de capitalización individual la póliza y demás antecedentes que acrediten el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 61 bis del mismo cuerpo legal.

La renta vitalicia previsional –que desde el punto de vista técnico es una modalidad del seguro de sobrevivencia– contempla también formalidades especiales relativas al proceso precontractual o de formación del consentimiento, el que tras la entrada en vigencia de la Ley Nº 19.934 debe ser llevado adelante por medios electrónicos, a través del Sistema de Consultas y Ofertas de Montos de Pensión, identificado con el acrónimo "Scomp".[203]

43. Solemnidad especial del artículo 589 inciso 2º CCOM

Por excepción, y según lo dispone el artículo 589 inciso 2º CCOM, en los seguros para el caso de fallecimiento, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, el contrato deberá necesariamente contemplar una solemnidad escrita. Para este tipo de contratación, la ley exige bajo sanción de nulidad absoluta que concurra el consentimiento

[203] Véase en detalle *infra* 93.2.

escrito del asegurado sobre quien pesa el riesgo de muerte, consintiendo tanto en el monto asegurado como en la persona del beneficiario.

A este tema y su vinculación con el interés asegurable en el seguro de personas nos referiremos en el apartado respectivo.[204]

44. Solemnidad especial del SOAP

La Ley Nº 18.490, de 4 de enero de 1986, establece y reglamenta un seguro obligatorio de accidentes personales para el tránsito de los vehículos motorizados (más conocido por su acrónimo "SOAP"). En la institucionalidad actual, este seguro es, sin duda, un seguro de personas, de carácter legal y obligatorio.

La obligación de contratar este seguro legal pesa sobre los propietarios de vehículos motorizados que deban contar con permiso de circulación, y contempla una acción directa de los afectados contra el asegurador en el artículo 10.

En lo que se refiere a la formación del consentimiento, el artículo 17 de la referida ley establece que la contratación del seguro obligatorio "deberá constar en un certificado que hará las veces de póliza y del cual se entenderá que forman parte integrante las condiciones y cláusulas que apruebe la Superintendencia". Se trata, como se ve, de un seguro cuya contratación y contenido deben constar en una póliza dirigida y previamente aprobada (no sólo depositada) por la CMF. De esta manera, tanto la forma como el contenido de ese instrumento quedarán reenviados a la potestad reguladora de dicho órgano administrativo.

La ley indica además algunos requisitos mínimos que debe contener ese contrato, entre los que deben señalarse la individualización del vehículo, el nombre del tomador del seguro, el nombre de la entidad aseguradora, el número de póliza, el inicio y término de vigencia del seguro, así como la firma de un apoderado del asegurador que haya emitido el documento.

---

[204] Véase *supra* 65 y siguientes.

45. Deberes precontractuales de las partes del contrato de seguro

Acaso más que en ningún contrato, las partes del seguro tienen cargas y obligaciones desde la etapa precontractual. A continuación, analizaremos cada una de ellas desde el punto de vista del seguro de personas, tanto en la contratación presencial como a distancia.

46. Deber de información previa del asegurador (artículo 514 CCOM)

Los deberes de información que pesan sobre el asegurador suelen enmarcarse dentro de la obligación de asesoría impuesta al asegurador en el artículo 529 Nº 1 CCOM para los casos en que los contratos no son intermediados por un corredor. La obligación de asesoría ciertamente reconoce una faz precontractual, en cuanto obliga al asegurador a ofrecer al contratante o al asegurado, en su caso, las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, debiendo ilustrar a la parte con menor poder negociador sobre las condiciones del contrato bajo sanción de responder por las infracciones, errores y omisiones cometidos y de los perjuicios causados.[205]

A pesar de la claridad con que el legislador impone al asegurador la obligación de asesoría, nos parece que ésta excede por mucho las obligaciones de información previa, vale decir, aquellas que son exigibles a todo asegurador circunscritas a la fase *in contrahendo*.

[205] Desde 2006, mucho antes de la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.667 (y de la Ley Nº 20.555), la posición de vulnerabilidad del cliente es una preocupación de la SVS, la que se encuentra explícitamente declarada en Superintendencia de Valores y Seguros, "Nuevo modelo de supervisión de solvencia basada en riesgos para la industria aseguradora chilena", p. 7, número 2.6. Señala la SVS: "En la mayoría de los casos, existe una asimetría en la relación entre aseguradora y asegurado, teniendo este último una situación de debilidad frente a la aseguradora, tanto respecto a su capacidad de evaluar las condiciones en las cuales accede al seguro y la situación financiera de la aseguradora, como ante situaciones de disputa o desacuerdo en relación a la aplicación del seguro. El no pago del seguro puede provocar un fuerte impacto en las personas".

La carga de información previa, además de lo dispuesto en la legislación de consumidores para los seguros en que esta ley resulte aplicable, se encuentra regulada especialmente en el artículo 514 CCOM. Esta norma obliga al asegurador "a entregar al tomador, por escrito, toda la información relativa al contenido del contrato que se celebrará. Ésta deberá contener, al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones; la cantidad asegurada, forma de determinarla y los deducibles; la prima o método para su cálculo; el período de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura".

Como resulta evidente, se trata de un mandato legal que busca la protección del contratante que se encuentra en una posición de asimetría de información. La norma contiene el deber de entregar la información relativa a las condiciones de contratación con anterioridad a la celebración del contrato.[206] La autoridad, a su vez, ha dictado la NCG Nº 420, sobre Conducta de Mercado (CdM), que consagra como uno de los principios básicos que deben imperar en la relación de los aseguradores (e intermediarios) con sus clientes el llamado "trato justo", el que ciertamente debe manifestarse desde la etapa *in contrahendo*.[207]

Como consecuencia de lo anterior, en caso de formarse el consentimiento, la información dada por el asegurador deberá ser reflejada íntegramente en la póliza, sin que sea lícito al asegurador variar por sí solo las condiciones del contrato.

Pese a la consensualidad del contrato, resulta notable que el legislador haya exigido que la información previa deba ser entregada al tomador siempre por escrito. Vale decir, para obligarse es necesario el solo consentimiento, pero, en lo que respecta a la etapa precontractual, se impone al asegurador un deber de escrituración bastante rígido.

---

[206] CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 152, la llama "la propuesta informada".

[207] NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2017 (II.1): "Trato justo a los clientes. Este principio es fundamental en las prácticas de CdM e implica que las entidades consideren los intereses de sus clientes en la realización de sus negocios, velando siempre porque éstos reciban un producto o servicio apropiado a sus necesidades, y se les proporcione en todas las etapas de su relación con ellos, una correcta y transparente atención o asesoría".

47. Declaración sobre el estado del riesgo (artículos 524 Nº 1 y 525 CCOM)

Así como el asegurador tiene una serie de deberes precontractuales determinados por la obligación de asesoría y de información previa, el contratante (o el asegurado, en su caso) tiene un deber de declaración sobre el estado del riesgo.

En el seguro de personas, el deber de declaración sobre el estado del riesgo se rige por las reglas generales, aun cuando la ley contempla expresamente ciertas facultades especiales del asegurador, particularmente en lo que dice relación con el derecho a solicitar exámenes médicos y a la acreditación de preexistencias.

Como sucede en todo seguro, la persona que quiera contratar un seguro de personas estará obligada a declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, tal como lo dispone el artículo 524 Nº 1 CCOM.[208] La infracción a esta obligación produce los efectos consecuenciales regulados en el artículo 525 CCOM.

47.1. Declaración guiada por cuestionario. Un derecho del asegurador, una carga del asegurado

Desde mucho antes de la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.667 (que establece expresamente la modalidad "declaración guiada por cuestionario"), las compañías de seguro del segundo grupo habían incorporado dentro de la etapa precontractual una serie de preguntas sobre el estado de salud del asegurable. Dentro de ese elenco de preguntas se encontraban algunas relativas a la práctica de deportes riesgosos, declaración de preexistencias, e incluso se recurría a la solicitud de exámenes médicos y a comunicaciones dirigidas al médico tratante como condición de asegurabilidad.

Estos derechos del asegurador, consuetudinariamente utilizados en los seguros de personas desde hace ya mucho tiempo, hoy están consagrados expresamente en nuestra legislación mercantil.

---

[208] Sobre este asunto, véase Tirado Suárez, Francisco Javier (1982), pp. 277-279.

Para proceder a prestar la declaración, el legislador ha estimado suficiente que el contratante o el asegurado, en su caso, "informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo".[209] Lo anterior, en el caso de los seguros de personas, viene reforzado por las normas contenidas en los artículos 590 y 591 CCOM. Vale decir, el legislador pone de carga del asegurador preguntarle a su cliente para que, en consecuencia, éste conteste sinceramente dentro del marco establecido por el cuestionario. La infracción de una u otra carga acarreará efectos diversos.

Para el contratante o asegurado "declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos" (Nº 1 del artículo 524 CCOM) es una carga cuyo incumplimiento puede acarrear los efectos contemplados en el artículo 525 CCOM.

Como resulta evidente, la mecánica económica del contrato de seguro exige que el contratante o asegurado que se enfrenta a una declaración guiada por cuestionario deba contestar de buena fe aquellos hechos que "conozca" y que "sirvan" para apreciar la extensión del riesgo. De otra manera, la aleatoriedad y la mecánica económica del contrato de seguro se ve seriamente perjudicada.[210]

En ese sentido, la buena fe en la declaración sobre el estado del riesgo se ha entendido jurisprudencialmente como "integrada" a la relación contractual. En efecto, se ha fallado que "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

---

[209] Para la declaración guiada por cuestionario, RÍOS, Roberto (2014), *El deber precontractual de declaración del riesgo en el seguro de daños*, Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 44 y ss.

[210] EXCMA. CORTE SUPREMA, 9 de marzo de 2017, "Marín Zepeda con Banchile Seguros de Vida S.A.", ingreso Nº 97759-2016: "*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 Nº 20.667, se vincula a las informaciones proporcionadas por el asegurado bajo el prisma de la buena fe*".

cual la relación causal entre la enfermedad no declarada y la muerte no es un elemento extraño al contrato".[211]

47.2. Efectos de no solicitar información o solicitarla de manera insuficiente

El derecho a solicitar información al contratante o al asegurado, en su caso, por medio de un cuestionario es un derecho perfectamente renunciable para el asegurador. Si el asegurador no ejerce este derecho, o si formula un cuestionario insuficiente de manera que simplemente no hace todas las preguntas que le impone el deber de profesionalidad y el seguro se pacta de todas formas, la compañía queda impedida de alegar errores, reticencias o inexactitudes del contratante o del asegurado.[212]

En tal sentido, el artículo 525 inciso 2º CCOM dispone: "Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud".

Esta norma es un ejemplo más de las disposiciones que la legislación nacional establece a favor de la parte débil de la relación negocial. Es importante señalar que, al ser ésta una norma de derecho mínimo e indisponible, conforme lo dispone el artículo 542 CCOM, el asegurador no podrá establecer un estándar de exigencia mayor, derogarla por vía contractual o modificar los efectos de su propia falta de diligencia.

47.3. Qué es lo que debe informarse al responder el cuestionario. Extensión de esta obligación no sólo a las dolencias diagnosticadas médicamente

Resta resolver la extensión de la obligación de información sobre el estado del riesgo. El deber de información debe vincularse no sólo con

---

[211] Excma. Corte Suprema, *ibid*.

[212] Sobre el valor del cuestionario en la LCS, ver el comentario de Latorre Chiner, Nuria (1998), en *Revista Española de Seguros*, vol. 93, pp. 148-151.

las disposiciones de los artículos 524 Nº 1 y 525 CCOM, sino que, en los seguros de personas, deben tenerse en especial consideración las disposiciones sobre preexistencias y el derecho a solicitar exámenes médicos (artículos 590 y 591 CCOM).

En España, como señala Latorre Chiner al analizar un fallo del Tribunal Supremo Español, el problema del "conocimiento" de las dolencias por parte del asegurado ha sido resuelto sobre la base del requerimiento de un conocimiento objetivo y suficiente que tenga el declarante respecto de una determinada dolencia, más allá de su diagnóstico médico. Se ha fallado: "Sólo un asegurado con conocimiento suficiente de su padecimiento puede informar al asegurador, resultando irrelevante su sometimiento a una serie de pruebas médicas, su ingreso en un establecimiento hospitalario, etc.".[213] La cuestión, sin duda, dice relación con el nivel de exigencia y de calidad de la información, así como con la buena fe con que debe actuar todo tomador o asegurado al proponer contratar un seguro. La doctrina anterior tiene una clara manifestación en la legislación nacional relativa a los seguros de personas, pues el artículo 591 CCOM no sólo considera preexistentes las enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas, sino que también las "conocidas por el asegurado o por quien contrata a su nombre".[214] Este mero "conocimiento" de una dolencia, patología o de una situación de salud, integra legalmente la carga de sinceridad del contratante o del asegurado, en su caso.

De igual manera, en las reglas comunes a toda clase de seguros –igual que en su modelo español–, el artículo 524 Nº 1 CCOM exige al asegurable declarar sinceramente no sólo "*las* circunstancias", sino que "*todas las* circunstancias que solicite el asegurador" para apreciar el estado del riesgo,

---

[213] LATORRE CHINER, Nuria (1998)*, ibid*. El fallo del TSE de 18 de mayo de 1993 sostiene: "No cabe argumentarse que tras las pruebas clínicas a que fue sometido debió sospechar o intuir la concreta enfermedad que padecía y atribuirle de esta manera la obligación de autodiagnosticarse".

[214] EXCMA. CORTE SUPREMA, 31 de enero de 2011, "Melo Rojas, Margarita del Carmen con Compañía de Seguros Cardif S.A. y otros", ingreso Nº 5817-2009; EXCMA. CORTE SUPREMA, 8 de junio de 2011, "Amigo Arancibia, Miriam con Mapfre Compañía de Seguros S.A.", ingreso Nº 2824-2011; ILTMA. CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO, 17 de octubre de 2012, "Martínez Pizarro, Fernando con Banco Estado Corredores de Seguros S.A. y otro", ingreso Nº 3153-2011. Contra EXCMA. CORTE SUPREMA "Riquelme con Metlife", ingreso Nº 219-2017.

cuestión que debe leerse en consonancia con el ya referido artículo 591 CCOM. Por ello, el asegurador deberá preguntar no sólo las enfermedades, sino que también las circunstancias de salud de un asegurable para que él o quien contrate a su nombre deba referirse con detalle, máxima buena fe y sin reticencia a ellas, en el marco del cuestionario proporcionado por el proveedor. Dentro de estas circunstancias (y por ello dentro de las preguntas) deberán aparecer los llamados "factores de riesgo".[215]

Es en este momento donde la claridad, extensión y detalle del cuestionario que la compañía utiliza se torna de la máxima importancia: en efecto, al haberse abandonado la declaración espontánea del estado del riesgo del antiguo artículo 556 Nº 1 CCOM, el asegurador queda legalmente obligado a confeccionar el cuestionario con profesionalidad, debiendo requerir la mayor cantidad de información posible de parte de su asegurable o contratante, de manera de tener certidumbre de que se están preguntando "todas las circunstancias" que deben ser tenidas en cuenta para analizar el riesgo. Dentro de ese detalle debe contemplarse, además de los factores de riesgo, la fecha y razón de internación en hospitales, la eventualidad de consultas a ciertos especialistas, etc. Lo mismo debe decirse de la conducción de vehículos más riesgosos para ciertas coberturas,[216] la práctica

[215] Otro fallo del TSE de 25 de noviembre de 1993, también citado por Latorre Chiner, Nuria (1998), p. 151, señala: "no se le preguntó por enfermedades concretas que padeciese, sino acerca de las circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo (…) y allí calló lo relativo a su ingreso al hospital (…). La ley no pregunta por 'enfermedades' sino por 'circunstancias' del más diverso tipo".

[216] Antes de la vigencia del actual artículo 591 CCOM, y con un criterio fundado en la protección al consumidor en contratos de adhesión, se falló exigiendo un diagnóstico médico y requiriendo del asegurador un deber de señalar expresamente cada una de las enfermedades en el cuestionario sobre declaración de salud o condiciones "de asegurabilidad". Véase Corte de Apelaciones de Santiago, 17 de octubre de 2012, "Martínez Pizarro, Fernando con Banco Estado Corredores de Seguros S.A. y otro", ingreso Nº 3153-2011: "Empero, más aún, siendo esta una materia contractual, y en la que el o los instrumentos son de adhesión, de manera que al solicitante del seguro no le queda sino aceptar las cláusulas redactadas de antemano por la Compañía Aseguradora (aun cuando los formatos sean visados por la Superintendencia del ramo), y conforme a esas cláusulas o estipulaciones, queda claro que lo que se excluye de cobertura no son los dolores, ni los malestares que pueda sentir o tener el contratante, sino enfermedades, pero no cualquiera enfermedad, sino las que se señalan en las condiciones de asegurabilidad y además de las específicas o más específicas, se contemplan las patologías a la columna vertebral (inflamatorias tumorales y traumáticas) y también patologías al aparato

de deportes riesgosos, los hábitos de fumar o beber, entre otras muchas circunstancias importantes.

47.4. Situación particular de los seguros de personas: Solicitud de exámenes de salud

Pese a que un asegurador puede hacer los mejores esfuerzos para lograr el máximo de claridad en los cuestionarios, es posible que no logre determinar correctamente el estado de un riesgo con un simple grupo de preguntas más o menos estandarizadas. Por ello, el legislador ha establecido de forma expresa para los seguros de personas no sólo una declaración de salud, la que deberá implementarse, como señala la primera parte del artículo 590 CCOM, por medio de la declaración por cuestionario del artículo 525 CCOM, sino que confiere al asegurador el derecho a requerir exámenes médicos a sus asegurables.

El derecho de requerir exámenes médicos del artículo 590 CCOM debe respetar "lo establecido en la ley", vale decir, debe respetar entre otras disposiciones los principios que informan la privacidad de acuerdo con la Ley Nº 19.628[217], entre los que sobresalen la finalidad y la confidencialidad, así como las disposiciones de la Ley Nº 19.799, sobre el virus de inmunodeficiencia adquirida.[218]

47.5. Efectos de una respuesta errónea, reticente o dolosa al cuestionario planteado por el asegurador

La ley trata de esta cuestión en las reglas comunes a todo seguro (artículo 525 CCOM), sin perjuicio de la llamada "indisputabilidad" especial de dos años de los seguros de personas (artículo 592 CCOM).

---

músculo esquelético (aparte las que limiten la vista sobre el 30 %). En este caso se dice que la *Espondiloartrosis Dorsolumbar*, es una de estas patologías, pero ocurre que ella fue diagnosticada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro". Hoy se ha fallado (juzgamos correctamente) en sentido inverso: véase EXCMA. CORTE SUPREMA, 9 de marzo de 2017, "Marín Zepeda con Banchile Seguros de Vida S.A.", ingreso Nº 97759-2016.

[217] Sobre esta cuestión, véase en detalle *infra* 57.

[218] Sobre el test del VIH y su exigibilidad para la contratación de seguros de personas, véase la Resolución N° 3/2005 del Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguro. Asimismo, puede consultarse RUIZ-TAGLE, Carlos (2011), pp. 201-204.

Deberán distinguirse los casos que señalamos a continuación, además de la sanción de nulidad[219] contemplada en el artículo 539 CCOM, cuando el solicitante (aunque dice "asegurado") ha incurrido en declaraciones falsas a sabiendas.

a) Si el siniestro no se ha producido

Según indica el artículo 525 inciso 3º CCOM, si por cualquier causa se detecta que el contratante o el asegurado en su caso han incurrido "inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1º del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato".[220]

En primer término, es preciso señalar que la situación que se contempla en el inciso transcrito contempla un derecho del asegurador. Este derecho puede ejercerse sólo si los errores, inexactitudes o reticencias cumplen con dos requisitos copulativos establecidos claramente en la norma: el primer requisito es que la omisión o error sea inexcusable. El segundo es que los errores, reticencias o inexactitudes hayan sido "determinantes" del riesgo asegurado. Lo anterior significa que, aunque el contratante haya callado inexcusablemente acerca de una determinada condición de salud conocida por él, el asegurador puede rescindir el seguro sólo si dicha condición fue determinante en la tarificación y aceptación del riesgo.

Si, en cambio, los errores, inexactitudes o reticencias son excusables, o bien no han sido determinantes en la apreciación del riesgo asegurado, la ley permite una especie de remedio contractual de *ultima ratio* que consiste en el derecho del asegurador a proponer al contratante una modificación al contrato, antes de proceder a su rescisión.

---

[219] Para Ríos, Roberto (2014), p. 132, se trata de una nulidad relativa, pero la cuestión es discutible.

[220] El uso de la voz "rescindir" como "facultad unilateral de revocación" es de larga data y tiene fundamentos históricos importantes, al revés de lo que suele opinarse. Sobre esto, Coing, Helmut (1996), *Derecho privado europeo I* [Pérez Martín, Trad.], Madrid, Fundación Cultural del Notariado, p. 559. En extenso, y con abundante material bibliográfico, véase la tesis doctoral de Walker, Nathalie (2017), *Rescisión por lesión enorme en el Código Civil chileno*, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, pp. 193 y ss. (inédita).

De esa manera, el mismo inciso 3º del artículo 525 CCOM señala: "Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no revisten alguna de dichas características, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación".

Con este remedio, se salva la vigencia del contrato frente a una situación de declaración excusablemente errónea, inexacta o no determinante, e incluso a una omisión inexcusable pero no determinante, sin que se produzca necesariamente un detrimento al asegurador, pues no sólo el siniestro no se ha verificado, sino que se salva la vigencia del contrato permitiendo la retarificación del riesgo.

Con todo, si el asegurado (o el contratante, en su caso) rechaza la propuesta de modificación o no la contesta en un plazo de 10 días, se vuelve a la regla general que permite al asegurador rescindir el contrato.[221]

Debe tomarse en consideración que el legislador usa la conjugación "podrá proponer", pero no determina qué ocurre si el asegurador no hace uso de esta facultad. Nos parece que, en silencio del asegurador, debe elegirse la solución que supone mantener la vigencia del contrato.[222]

b) Situación una vez ocurrido un siniestro

Una situación muy distinta ocurre cuando, habiéndose verificado como falsa, inexacta, reticente o errónea la declaración sobre el estado del riesgo, el siniestro se produjo y se reclamó la indemnización correspondiente al asegurador. Ordinariamente esto se detectará al momento de la liquidación del siniestro.

---

[221] La comunicación deberá enviarse según el medio que se haya pactado en la póliza, conforme lo dispuesto en la NCG Nº 349.

[222] Si, empero, ocurre un siniestro que no hubiese tenido cobertura si no mediare la omisión, falsedad o error, deberá procederse como manda el artículo 525 inciso 4º CCOM.

La regla aparece en el inciso 4º del artículo 525 CCOM, que dispone: "Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo".

En este caso, si el siniestro se vincula a un riesgo que la compañía asumió justamente debido a falta de información de aquella que da derecho a la rescisión del contrato, caduca *ipso iure* la obligación de indemnizar. Vale decir, en tal caso la compañía aseguradora puede negarse al pago sin incurrir en mora y sin necesidad de una declaración judicial previa. Obviamente que, si esto ocurre, el asegurador podrá ser requerido a cumplir judicialmente de acuerdo a las disposiciones del artículo 543 CCOM y pesará sobre él la carga de acreditar las circunstancias que sustentan la caducidad de la obligación de indemnizar (inexcusable y determinante).

Por otra parte, si el siniestro proviene de un riesgo cuya falta de declaración no hubiera dado lugar a la rescisión, la compañía tiene un derecho (*ipso iure*) a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada o la que se hubiere convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Por supuesto, el legislador ha dispuesto que en el caso en que el asegurador conozca los errores, reticencias o inexactitudes, queda impedido de ejercer el derecho a rescindir el contrato, a proponer modificaciones, a no pagar la indemnización, o a rebajarla proporcionalmente, según sea el caso (artículo 525 inciso final CCOM).

48. Indisputabilidad

En la legislación actual de los seguros de personas, los efectos de la omisión, reticencia o inexactitud no dolosa de las declaraciones (contenidas en la declaración guiada por cuestionario), que influyan en la estimación del riesgo en los seguros de personas, no pueden invocarse para rechazar un siniestro si han transcurrido dos años desde la "iniciación del seguro".

El artículo 592 CCOM dispone: "Indisputabilidad. 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".

La llamada "indisputabilidad" no es más que una especie de caducidad legal que pesa sólo sobre el asegurador de seguros de personas respecto de algunos derechos contemplados en el artículo 525 CCOM para el caso de inexactitudes o reticencias no dolosas.

El legislador ha considerado que, si habiendo transcurrido dos años desde el inicio de vigencia del seguro de personas se descubre que un asegurado o contratante ha omitido alguna información en el cuestionario (haya o no ocurrido el siniestro), incluso aquella información que haya afectado en la estimación del riesgo, la compañía no puede negarse a cubrir el siniestro ni puede obtener las sanciones o remedios del artículo 525 CCOM, salvo que pueda imputar y probar dolo del contratante o asegurado.

El plazo se debe contar desde "la iniciación del seguro", lo que no necesariamente equivale a la fecha de la formación del consentimiento, sino que más bien a la época en que principian a correr los riesgos, cláusula que deberá aparecer necesariamente en la póliza por disposición del artículo 518 Nº 4 CCOM.

49. Inexcusabilidad y dolo

Si bien no son institutos jurídicos equivalentes, resulta evidente que un diagnóstico médico ocultado a sabiendas y que es determinante en el riesgo asumido por el asegurador constituye una inexcusabilidad dolosa. Lo mismo debe decirse si se tratase de un deportista de alto riesgo que declara en el cuestionario no practicar deportes de esa clase.

En este sentido, resulta importante un fallo de la Excma. Corte Suprema[223], que incluso antes de la vigencia de la Ley Nº 20.667 dispuso una

[223] Excma. Corte Suprema, 26 de octubre de 2012, "Molina Magofke, Rodrigo J. con Ohio National Seguros de Vida S.A.", ingreso Nº 3903-2012, considerando 4º.

especie de equiparación entre inexcusabilidad y dolo, señalando que "al momento de contratar el seguro, la pregunta referida a si utiliza moto fue respondida negativamente por el actor, quien a esa fecha contaba con licencia de conducir vigente clase C y además es propietario de una motocicleta desde el 17 de mayo de 2001. Conforme a tales hechos, los sentenciadores concluyen que, al celebrarse el contrato de seguros, el demandante no cumplió con proporcionar toda la información que permitiera al asegurador apreciar la extensión de los riesgos que se asumirían…".

Un ocultamiento inexcusable de información que es capaz de generar en el asegurador una garantía de cobertura, en circunstancias en que o no la habría asumido o la habría asumido en forma diversa, debe considerarse en nuestro ordenamiento jurídico una reticencia dolosa.

La ley chilena ha resuelto el asunto en el artículo 539 CCOM para toda clase de seguros, al señalar que el seguro "es nulo" si se proporciona al asegurador información "sustancialmente falsa" a sabiendas. Esta sanción de nulidad se aplicará cuando el declarante ha proporcionado la información requerida por el artículo 524 Nº 1 CCOM.

49.1. Prueba del dolo

Cada vez que un asegurador se niegue a cumplir la obligación de indemnizar a la que es obligado por el artículo 529 Nº 2 CCOM sobre la base de una reticencia dolosa (o de lo que califique como una declaración inexcusablemente inexacta, errónea o falsa), deberá proporcionar los antecedentes que sirvan para fundamentarla. En ese entendido, el contratante, asegurado y/o beneficiario, según sea el caso, están protegidos por la presunción de buena fe del artículo 707 CC.

Por disposición del artículo 1459 CC, el dolo no se presume salvo en los casos especialmente previstos. Como resulta de su sola lectura, la ley que regula el contrato de seguro no contempla ninguna presunción de dolo del asegurado ni del contratante, por lo que tocará al asegurador que rechaza un siniestro probarlo, sin perjuicio de las facultades que el artículo 543 CCOM confiere a los jueces que conozcan de la acción de cumplimiento.

50. Contratación e intermediación de los seguros de personas

Según dispone el artículo 57 del D.F.L. Nº 251, los seguros "pueden ser contratados ya sea directamente con la entidad aseguradora, a través de sus agentes de ventas, o por intermedio de corredores de seguros independientes de éstas". Esta regla se aplica a toda clase de seguros, con la excepción de los seguros de rentas vitalicias, que contemplan una modalidad especial de intermediación restringida, regulada en el D.L. Nº 3.500, en el D.F.L. Nº 251 y en otras normas particulares que analizaremos más adelante. De esta forma, las maneras en que un seguro de personas puede ser comercializado son básicamente tres:

La primera es por intermedio de los denominados "canales internos", vale decir, directamente por medio del asegurador y su personal propio, entre los que se deben contar los llamados "agentes" contratados. En segundo término, un seguro puede ser comercializado por intermedio de "agentes" no contratados o independientes de la compañía (también llamados "agentes libres"). Finalmente, un seguro de personas puede ser intermediado por auxiliares del comercio de seguros llamados corredores de seguros.

Como veremos, el legislador exige que tanto las compañías como los intermediarios se encuentren capacitados en las labores de su oficio. Tales exigencias aparecen con toda claridad en el artículo 58 del D.F.L. Nº 251, en varias normas vigentes sobre intermediación, como las NCG Nºs. 49, 91 y 221, e incluso en la más nueva NCG Nº 420, sobre Conducta de Mercado (CdM), de 16 de octubre de 2017, que determina, dentro de sus párrafos destinados al "Trato justo" (1.1) y "Personal idóneo y evaluación del desempeño", un estándar de actuación del personal y de los intermediarios. La norma dispone: "Se deberá prestar especial atención a la incorporación de personal y agentes que cumplan con elevados estándares éticos y de integridad. Asimismo, será importante que el personal relevante se encuentre capacitado para alcanzar los objetivos relacionados con el trato justo de los clientes. La evaluación de desempeño deberá incluir los aportes realizados para alcanzar estos objetivos". Asimismo, dentro del párrafo 1.4, la NCG Nº 420 dispone que los aseguradores y corredores deberán establecer programas de capacitación continua y posibilitar que la persona que brinde asesoría, entre otras cosas: "Conozca los requisitos legales y regulatorios aplicables".

51. Contratación directa de un seguro de personas

Como se desprende del artículo 57 del D.F.L. Nº 251, la primera de las formas de contratar un seguro es la llamada contratación directa, esto es, con la participación inmediata de un empleado o dependiente del asegurador, presencial o virtualmente,[224] y de la persona o grupo de personas que desean asegurarse.

La NCG Nº 49 de 1994 dispone que, además de poder ofrecer el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAP) en lugares distintos de las oficinas del asegurador, para lo que es preciso que celebren un convenio, los dependientes o empleados de una compañía pueden ofrecer seguros por medio de correos postales u otros medios que permitan tener acceso directo al cliente.

En el caso de la contratación directa, el o los "asegurables" se acercan real o virtualmente a las oficinas principales o a las sucursales de una compañía de seguros de personas con el objeto de obtener una póliza de vida, salud o de accidentes personales (o todas ellas), las que normalmente han conocido por medio de publicidad, *mailing*, o bien de ofrecimientos directos en las propias oficinas del asegurador.[225]

La NCG Nº 49 requiere a los dependientes de las compañías de seguros el suministro de información relevante, la que hoy resulta insuficiente a la luz de las exigencias legales más recientes, razón por la que esta NCG debe leerse en concordancia con otras normas generales y particulares sobre información y publicidad. En efecto, la letra b) de la referida NCG Nº 49 dispone que el vendedor deberá suministrar al potencial asegurado información al menos "respecto a la cobertura ofrecida y a sus condiciones, monto de la prima, forma y condiciones de pago, y forma de aceptación

---

[224] Sobre el seguro contratado a distancia en sus diversas modalidades, véanse *infra* 56 y siguientes.

[225] El artículo 57 inciso penúltimo del D.F.L. Nº 251 permite, además, a las compañías de seguros ofrecer, cotizar y convenir contratos de seguro utilizando los mecanismos continuos de subasta pública de las entidades que autorice la superintendencia y que se regirán por las normas que ésta determine. La utilización de mecanismos continuos de subasta pública no excluye la participación ni la responsabilidad de los auxiliares del comercio de seguros en la asesoría e intermediación de los seguros.

de la oferta, sin perjuicio del cumplimiento por parte de la entidad de las formalidades necesarias para perfeccionar el contrato de seguro y del envío de la póliza correspondiente". A estos requerimientos mínimos (comunes en el año 1994, cuando fue promulgada la NCG), deben incorporarse todas las disposiciones sobre información, claridad, protección al consumidor, etc. En estas circunstancias, el vendedor debe proveer por escrito, según la exigencia del articulo 514 CCOM,[226] a el o los clientes de una serie de documentos, usualmente impresos en papelería de la propia compañía, la que debe contener todos los antecedentes requeridos al futuro contratante para la declaración del estado del riesgo, una ficha del producto, un formulario para que se lance la propuesta, y normalmente un formulario que contendrá un cuestionario con la declaración personal de salud (DPS), entre otros requerimientos de información.

El futuro contratante, a su turno, aportará una copia de su cédula de identidad y otras informaciones relativas a la identificación de beneficiarios o de las reglas para su determinación, los medios de pago, declaraciones sobre el interés asegurable, etcétera, de manera que la compañía pueda examinar la capacidad legal del asegurado y el riesgo de manera de poder aceptar, proponer modificar o rechazar la celebración del contrato.

52. Responsabilidad del asegurador por los seguros en los que él mismo intermedie

Resulta importante destacar que, en todos los casos de "contratación directa", debe estarse a lo dispuesto en el artículo 529 Nº 1 CCOM. En efecto, cada vez que un seguro es contratado en forma directa, sin intermediación de un corredor de seguros, el asegurador contrae la obligación de "prestar asesoría al asegurado, ofrecerle las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, ilustrarlo sobre las condiciones del contrato y asistirlo durante toda la vigencia, modificación y renovación del contrato y al momento del siniestro. Cuando el seguro se contrate en esta forma, el asegurador será responsable de las infracciones, errores y omisiones cometidos y de los perjuicios causados a los asegurados". Asimismo, la NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2017, introduce el deber de "trato justo" a los clientes que pesa

[226] Sobre estas obligaciones, véase *infra* 46.

sobre aseguradores e intermediarios, fijando un estándar de comportamiento que antes sólo existía para los seguros con componente financiero, en la Circular Nº 2.180. Asimismo, la NCG Nº 420 (I.1.4) desarrolla con claridad y detalle la obligación de asesoría, estableciendo, entre otras cosas, que ésta "va más allá de [solamente] entregar información al cliente".

Una lectura *contrario sensu* del artículo 529 Nº 1 indica que, si el seguro es contratado por intermedio de un corredor, las obligaciones descritas se radican directamente en este último, sin perjuicio de su derecho a repetir contra el asegurador que ha obrado con culpa. Pensamos que esto es precisamente lo que entiende la autoridad al determinar que el deber de "trato justo" establecido en la NCG Nº 420 pesa sobre "el asegurador o el intermediario".

De tal forma, una compañía de seguros de personas que opere un canal interno, vale decir, mediante contratación directa de sus productos, está sujeta a un estándar legal de cumplimiento muy elevado para con sus clientes. El asegurador no sólo debe actuar de buena fe, sino que con máxima buena fe (*uberrima bona fides*) en la ejecución del negocio, prestando asesoría desde la etapa precontractual hasta una vez ocurrido el siniestro, con la obligación de responder civilmente por sus actos u omisiones en el cumplimiento de este deber legal.

53. Intermediación por agentes de venta

Las normas legales específicas más importantes sobre intermediación de seguros por medio de agentes de ventas se encuentran en los artículos 57 y 58 del D.F.L. Nº 251.

Para ser agente de venta pueden exigirse, según la ley, los mismos requisitos que para ser corredor de seguros, establecidos en el artículo 58 del D.F.L. Nº 251. La entonces denominada SVS dictó, a estos efectos, la NCG Nº 49.

Los agentes, a diferencia de los corredores, sólo pueden prestar tales servicios en una compañía de cada grupo[227] y deben inscribirse en un registro que puede llevar tanto la CMF como la propia aseguradora.

[227] Salvo de los agentes de ventas de compañías que cubran riesgos de crédito, que pueden prestar servicios asimismo en una compañía del primer grupo que no esté facultada para cubrir estos riesgos.

54. Intermediación de rentas vitalicias previsionales del D.L. Nº 3.500. Agentes de venta de rentas vitalicias y asesores previsionales

La regulación legal sobre comercialización de rentas vitalicias puede hacerse a través de los llamados "agentes de ventas de rentas vitalicias", o bien por intermedio de los así denominados "asesores previsionales". La regulación de esta clase de intermediación se encuentra comprendida tanto en el D.L. Nº 3.500 como en el D.F.L. Nº 251, mediante normas de orden público que deben aplicarse e interpretarse de manera estricta.

Antes hemos mencionado que los requisitos para ser agente de venta están comprendidos en los artículos 57 y 58 del D.F.L. Nº 251. A estos requisitos debemos adicionar, para los efectos de la intermediación de rentas vitalicias previsionales, los comprendidos en el artículo 174 del D.L. Nº 3.500, que exige, en lo que resulta más relevante, acreditar que estas personas o entidades poseen determinados conocimientos en materia de seguros y pensiones en la forma y periodicidad que establezcan las superintendencias de Pensiones y de Valores y Seguros (hoy CMF) mediante NCG conjunta.

Por la importancia de esta intermediación en el sistema de pensiones nacional, la NCG Nº 91, de 21 de enero de 2000 (párr. 2º, letra f), dispone que para poder inscribirse como agente de rentas vitalicias será necesario: "f) tener conocimientos suficientes para efectuar la labor de ventas de los seguros de renta vitalicia (…) entendiéndose por tal, el poseer un alto nivel de conocimiento del sistema de pensiones del D.L. Nº 3.500 y de su normativa complementaria, y de las condiciones generales de las pólizas y cláusulas adicionales de los seguros de renta vitalicia previsionales". La forma de acreditar tales conocimientos consiste en aprobar un mínimo de 40 horas de capacitación, en materias relativas a seguros y al sistema de pensiones del D.L. Nº 3.500. Esta capacitación debe ser impartida por un organismo de enseñanza profesional o técnica, reconocido por el Estado o Sence, debiendo acreditarse con certificados que den cuenta de la realización de los cursos, en los cuales deberá señalarse, al menos, la entidad que imparte los cursos, las materias tratadas y las horas de estudio".[228]

[228] El Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguro ha dictado la Resolución Nº 1/2008, que eleva los requisitos para los agentes de venta de rentas vitalicias más allá de lo que el regulador ha contemplado por mandato legal en la NCG Nº 91.

La entonces llamada SVS, hoy CMF, dispuso, asimismo, que la capacitación de los agentes de venta de rentas vitalicias pueda ser impartida por la propia compañía de seguros. Señala: "Alternativamente, la capacitación podrá ser efectuada por la propia compañía, en cuyo caso se deberá acreditar con un certificado firmado por el gerente general, el que deberá contener, al menos, la individualización e idoneidad de las personas a cargo de la capacitación, la duración del curso", que no podrá ser inferior al número mínimo de horas ya referido y las materias específicas tratadas conforme al anexo Nº 2 de la NCG Nº 91. Asimismo, es obligación de las compañías "desarrollar anualmente actividades de actualización de conocimientos de los agentes de ventas, de al menos, 10 horas de duración".

Dentro de sus facultades de fiscalización, la CMF puede ejercer un control de las competencias de los agentes de venta de rentas vitalicias, solicitando "la asistencia del agente de ventas a exámenes o entrevistas que tengan por objeto evaluar sus conocimientos. Si de dicha evaluación la Superintendencia determina, que el agente de ventas no cumple el requisito de conocimientos señalado, se le eliminara del Registro, sin perjuicio de otras medidas administrativas que, conforme a la ley, pudieran ser aplicables, a él o a la entidad aseguradora correspondiente".

Asimismo, resulta importante señalar que la NCG Nº 221 (conjunta con la NCG de la SPensiones Nº 1.526), de 20 de agosto de 2008, ha dispuesto los requisitos para ser inscrito como asesor previsional, lo que debe leerse en concordancia con lo establecido en ya mencionado artículo 57 del D.F.L. Nº 251. Esta NCG conjunta dispone que, para ser inscrito como asesor previsional, se debe previamente: "d) Acreditar los conocimientos suficientes sobre materias previsionales y de seguros (…). Esta acreditación se efectuará a través de la rendición de pruebas de conocimientos específicos. Para rendir esta prueba las personas deberán inscribirse en alguno de los sitios web de las Superintendencias en los períodos de inscripción que dichos organismos definan y publiquen previamente. Con la aprobación de esta evaluación, se entenderá acreditado el requisito de conocimientos sobre materias previsionales y de seguros hasta el último día del año calendario en que se cumpla el plazo de cinco años contado desde la fecha en que se rindió la prueba. En consecuencia, todo aquel

inscrito en el Registro, deberá revalidar sus conocimientos, sometiéndose a una evaluación cada cinco años".[229]

54.1. Pagos a intermediarios de rentas vitalicias

La intermediación de rentas vitalicias previsionales[230] tiene un tratamiento legal muy estricto. El artículo 61 bis inciso penúltimo del D.L. Nº 3.500, incorporado por la Ley Nº 20.255, dispone: "Las Compañías de Seguros de Vida sólo podrán pagar, directa o indirectamente, a los intermediarios o agentes de ventas que intervengan en la comercialización de rentas vitalicias, una comisión o retribución que no podrá ser superior a aquella tasa máxima fijada como un porcentaje de los fondos efectivamente traspasados desde la cuenta de capitalización individual del afiliado, con exclusión de aquellos que eran susceptibles de ser retirados como excedente de libre disposición". En el inciso final del mismo artículo, se dispone que las compañías no pueden pagar a sus dependientes, ni a los intermediarios, ni a los agentes de venta de renta vitalicia u otras personas que intervengan en la comercialización de éstas, ninguna otra remuneración variable, honorarios, bonos, premios o pagos por concepto de la intermediación o venta de rentas vitalicias, sean ellos en dinero o especies que excedan el monto de la comisión por intermediación o retribución por venta, como tampoco financiar los gastos en que deban incurrir para su cometido.

Como se aprecia, en esta clase de intermediación sólo se permite a la compañía aseguradora pagar remuneraciones fijas y permanentes y otros beneficios laborales de carácter general. Más aún, tales pagos sólo caben si cumplen con varias condiciones estrictas, que se traducen en que se trate de estipendios permanentes, uniformes y universales, y que emanen necesariamente de un contrato de trabajo como dependiente con la compañía que comercializa el seguro de renta vitalicia. Vale decir, sólo como consecuencia de un sueldo fijo y uniforme, universal y permanente, puede superarse la tasa máxima a que hace referencia el inciso penúltimo.

---

[229] Sobre la asesoría previsional, con mayor detalle, véase *infra* 94.

[230] Sobre esta clase de seguros, en detalle, véase *infra* 93 y siguientes.

Respecto de lo anterior, el artículo 179, inciso 2º, parte final, del D.L. Nº 3.500, dispone una limitación máxima de los honorarios totales para los "asesores previsionales". Estos honorarios no pueden superar el 2 % del total de los fondos de la cuenta de capitalización individual del afiliado destinados a pensión, con exclusión de aquellos que eran susceptibles de ser retirados como excedente de libre disposición, ni podrán exceder de 60 UF.

Igualmente, las AFP y las compañías de seguros no pueden efectuar pagos distintos a los establecidos en el artículo 179 del D.L. Nº 3.500 a los asesores previsionales ni en dinero ni en especies, y tampoco están facultadas para financiar los gastos en que estos intermediarios deban incurrir para su cometido.

54.2. Prohibición de ofrecer y dar beneficios en la intermediación de rentas vitalicias previsionales

La regulación legal sobre beneficios e incentivos para afiliados al sistema de pensiones (en cualquiera de sus modalidades) se encuentra comprendida tanto en el Decreto Ley Nº 3.500 como en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 251, mediante estrictas normas de carácter prohibitivo. En general, las disposiciones relativas a esta cuestión se incorporaron al sistema de pensiones por medio de la Ley Nº 19.934, publicada el 21 de febrero de 2004 y que entró en vigencia 180 días después de su publicación.[231]

[231] La normativa prohibitiva fue siempre aprobada por unanimidad en las comisiones. La única duda surgió en la Sala por parte del diputado Salaberry, quien señaló: "Si bien la propuesta del Ejecutivo contó con el voto favorable de las comisiones respectivas, donde se aprobó en forma unánime, me asalta una duda: ¿por qué otras industrias financieras, cuando ofrecen negocios, créditos o servicios –por ejemplo, los bancos–, incentivan la contratación de tal o cual producto con el regalo de una bicicleta, de un DVD o de pasajes a un determinado lugar? Si se acepta el incentivo y la competencia, ¿por qué no permitirlo en el ámbito de las pensiones? ¿Por qué asumir que el pensionable siempre es una persona indefensa frente a la industria? Si todo el articulado apunta a un sistema de consultas, de información sobre los dineros que se tienen; si se regula en una comisión referencial, ¿por qué castigar la posibilidad de incentivos en esa actividad? Si bien se mejora la situación de la infracción a esta norma, ¿por qué penalizarla? ¿Por qué a los afiliados o beneficiarios no se les pueden entregar incentivos o beneficios distintos de los establecidos en la ley? Hemos conversado sobre el tema muchas veces. Si bien el proyecto fue aprobado por unanimidad en la Comisión, quería plantear estas dudas en la Sala, porque me parecen razonables y convenientes para el debate". Esta observación fue contestada por el super-

En lo que dice relación con la normativa sectorial, la Norma de Carácter General Nº 377, de 27 de enero de 2015, sobre contratación de seguros de rentas vitalicias previsionales, repite en su numeral 8º, íntegramente, las disposiciones legales. Igual cosa hacen las Normas de Carácter General N°s. 163 y 164, ambas de 21 de junio de 2004, la última dirigida a los extintos "corredores de rentas vitalicias", anteriores a la Ley Nº 20.255.[232]

Finalmente, la Circular Nº 2.123, de 22 de octubre de 2013, en la parte relativa a las promociones e incentivos que pueden otorgar las compañías aseguradoras a sus clientes, establece una prohibición expresa de incentivos para los seguros de rentas vitalicias previsionales. Señala: "En el caso de los seguros previsionales a que se refiere el D.L. Nº 3.500 de 1980, no podrán ofrecerse ni otorgarse, ningún tipo de regalos, beneficios o incentivos para su contratación".

A pesar de que las normas son prohibitivas en general, la naturaleza del sistema de pensiones chileno hace que el legislador haya abordado el

---

intendente FERREIRO, quien señaló: "Respecto de lo planteado por el diputado Felipe Salaberry, quiero señalar que la razón por la cual se prohíbe el otorgamiento de beneficios adicionales a los previsionales por parte de los directores o ejecutivos de compañías de seguros de vida y de administradoras de fondos de pensiones, dice relación con la naturaleza del patrimonio de que se trata y con el carácter obligatorio de las cotizaciones. El patrimonio que se va acumulando con cargo a una cotización obligatoria, forzosa para el trabajador, tiene como exclusiva finalidad y fundamento pagar pensiones. Por lo tanto, todo aquello que se desvíe de ese camino altera la naturaleza y el fundamento de la cotización obligatoria. Por ello, en el afán de garantizar que cada peso que se ahorre efectivamente llegue a pensión, se impide la entrega de regalos, cuestión que se permite en industrias que disponen de un patrimonio libre. El patrimonio previsional, si bien pertenece al trabajador, está afecto a una finalidad determinada, exclusiva y excluyente: el pago de la pensión. Si se permitiera transarlo entre la época de la cotización y el momento de la pensión, probablemente múltiples necesidades o tentaciones en el camino harían que ese esfuerzo de ahorro se licuara, se debilitara y que, por último, la pensión resultante fuera muy inferior a la necesaria. En consecuencia, en el ámbito previsional se prohíben las ventas atadas y se generan 'murallas chinas' para garantizar que todo el esfuerzo de ahorro que el Estado obliga a hacer –no faculta ni permite, sino que obliga– desemboque finalmente en lo que fue su fundamento, esto es, el pago de la mejor pensión posible". Luego, la votación de la Sala fue unánime. Ver *Historia de la Ley Nº 19.934*, p. 600.

[232] El Nº 1 del XVI Transitorio de la NCG N° 218 de la SVS (Circular Nº 1.525 de la Superintendencia de Pensiones) señala, a su vez, que toda referencia a los corredores de seguros debe entenderse suprimida a partir del 1 de abril de 2009.

ofrecimiento y otorgamiento de beneficios a pensionados desde dos puntos de vista que, si bien comportan una prohibición, no son exactamente iguales. La situación es diferente según se trate de una AFP o de una compañía de seguros.

a) Situación de las AFP: Prohibición absoluta de ofrecer u otorgar incentivos para obtener la contratación de una modalidad de pensión

El legislador ha prohibido a las AFP el otorgamiento, e incluso el mero ofrecimiento, de toda clase de incentivos y beneficios para los afiliados, así como para los beneficiarios del sistema. Esta prohibición, que podemos llamar absoluta, no sólo se establece para la AFP como persona jurídica, sino que se hace extensiva a los directores, dependientes e intermediarios de todas las modalidades de pensiones que ofrece la ley.

La prohibición absoluta tiene su razón de existir, pues la ley considera que la afiliación al sistema de AFP es única y permanente (artículo 2° del D.L. Nº 3.500). Asimismo, los fondos de la cuenta de capitalización individual son de propiedad del afiliado y no de la administradora. El artículo 23 inciso 20 del D.L. Nº 3.500 dispone:

> *"Las Administradoras, sus directores y dependientes, no podrán ofrecer u otorgar a los afiliados o beneficiarios bajo ninguna circunstancia, otras pensiones, prestaciones o beneficios que los señalados en la ley, ya sea en forma directa o indirecta, ni aun a título gratuito o de cualquier otro modo".*

La prohibición está repetida en el artículo 181 del mismo D.L. Nº 3.500 para los socios, administradores, representantes de los asesores previsionales (que sean persona jurídica) y para los asesores previsionales (que sean persona natural), quienes no podrán –en ningún caso– otorgar "a los afiliados o sus beneficiarios otros incentivos o beneficios diferentes a los propios de la asesoría, sea en forma directa o indirecta, ni aun a título gratuito o de cualquier otro modo".

De la lectura de estas dos disposiciones, la prohibición no se encuentra solamente asociada a "captación" de afiliados nuevos ni tampoco al incentivo al cambio de administradora (y, hoy, de fondo), sino que el ofrecimiento y otorgamiento directo o indirecto de incentivos, beneficios o regalos se

prohíbe a todo evento, durante la permanencia del afiliado en el sistema de AFP como cotizante o como beneficiario de una pensión, de manera que una determinada administradora no pueda incentivar al afiliado ni para que "se cambie" de AFP ni puede ofrecer beneficios o incentivos para "mantener" un cliente en el sistema, por ejemplo, para evitar que migre hacia una renta vitalicia previsional.

Al contrario de lo que ocurre con las compañías de seguro que comercializan rentas vitalicias, las AFP no ganan irrevocablemente una prima. En el marco de la renta vitalicia previsional, como en toda otra renta vitalicia, una compañía de seguros recibe una prima única que gana irrevocablemente y, como consecuencia de la naturaleza irredimible e irrevocable del contrato, el asegurado o pensionado rentista tiene un derecho personal, vale decir, sólo contra esa compañía y, por ello, no puede "cambiarse" de modalidad de pensión. Esto hace que, evidentemente, la situación de la AFP y de las aseguradoras del segundo grupo haya sido tratada de manera diversa por el legislador, aun cuando ello no se diga expresamente en la *Historia de la Ley*.

Las sanciones por contravención de estas normas son muy estrictas, y pueden llegar a penas corporales (presidio menor en su grado mínimo), aunque esta pena corporal se puede imponer sólo en caso de reincidencia.[233]

b) Situación de las compañías de seguros: Prohibición para obtener la contratación de la renta vitalicia

En el caso compañías de seguro del segundo grupo que comercialicen rentas vitalicias previsionales del D.L. Nº 3.500, y dada la estructura del sistema de pensiones y la naturaleza irrevocable de este tan particular contrato de seguro, el legislador ha puesto el énfasis sólo en la etapa de formación del consentimiento, y, básicamente, sólo en los incentivos *para*

[233] El establecimiento de una pena tiene su origen en la intervención del senador PRAT, quien señaló: "En todo caso, lo relevante aquí es tener presente que, para evitar la licuación, que todos estimamos inconveniente porque va contra el sentido del ahorro previsional obligatorio, existen formas diferentes de la que se está proponiendo. Por ejemplo, partir tipificando los delitos asociados –establecer que es delito ocultar en la comisión una retribución al pensionable o cualquier regalo o incentivo a éste en bienes– y fijando las penas correspondientes. Ello, a mi juicio, es lo primero que debería hacerse".

obtener la contratación de una renta vitalicia, pero no durante el período de ejecución del contrato (pago de las rentas o de determinados beneficios).

Es así como el artículo 41 del D.F.L. Nº 251, modificado por el artículo 2º Nº 3 de la Ley Nº 19.934, sobre rentas vitalicias previsionales, dispone: "Las compañías de seguros, sus directores, sus dependientes, los intermediarios, agentes de ventas u otras personas que intervengan en la comercialización de rentas vitalicias previsionales contempladas en el Decreto Ley Nº 3.500, de 1980, no podrán ofrecer u otorgar a los afiliados o beneficiarios incentivos o beneficios distintos a los establecidos en ese decreto ley, *con el objeto de obtener la contratación de pensiones* a través de la modalidad antes señalada". La infracción a lo dispuesto en dicho inciso puede ser sancionada según lo establecido en el Decreto Ley Nº 3.538 de 1980[234], que a esos efectos dispone: "Quien habiendo sido sancionado en los términos indicados en el inciso anterior, reincida en ofrecer u otorgar a los afiliados o beneficiarios, incentivos o beneficios distintos de los establecidos en el Decreto Ley Nº 3.500, de 1980, con el objeto de obtener la contratación de pensiones a través de la modalidad de renta vitalicia, será sancionado con pena de presidio menor en su grado mínimo".

Ya desde el *Mensaje del Ejecutivo*[235] se señalaba con claridad: "Prohibiciones: El proyecto plantea las siguientes prohibiciones: Los afiliados no podrán otorgar mandato para seleccionar modalidad de pensión, a un tercero que sea funcionario de una Administradora, de una compañía de seguros, corredor de seguros o dependiente de éste. Las compañías de seguros no podrán otorgar a los afiliados incentivos avaluables en dinero u otros beneficios distintos de las pensiones calculadas de conformidad al D.L. Nº 3.500 de 1980. Asimismo, les queda prohibido entregar idénticos incentivos a las entidades encargadas de efectuar las licitaciones de rentas vitalicias con ocasión de la prestación de sus servicios".

Aunque no se expresan las razones en la *Historia de la Ley Nº 19.934*, resulta fácil percatarse de que el legislador, tratándose de seguros de rentas

---

[234] Ver Circular Nº 2.123 (V.9) de la SVS.

[235] *Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que modifica el Decreto Ley Nº 3.500 de 1980* (17 de enero de 1994), Sesión 32ª, Legislatura 327ª.

vitalicias, ha establecido la prohibición de "ofrecer y otorgar" beneficios y/o incentivos[236], pero sólo en la medida en que tales ofrecimientos sean ofrecidos u otorgados "con la finalidad de obtener la contratación" de la renta vitalicia en desmedro de otra alternativa de pensión, vale decir, en desmedro de la jubilación en el sistema de AFP. También debe considerarse prohibido el otorgamiento de incentivos o regalos para contratar en una determinada compañía en desmedro de otra, más allá de la regulación existente sobre publicidad de la modalidad de rentas vitalicias previsionales.[237]

La ley, finalmente, extiende las prohibiciones a los asesores previsionales (artículo 181 del D.L. Nº 3.500) bajo toda circunstancia, y esta misma prohibición aparece en el numeral 8º de la NCG Nº 377.[238]

54.3. Prohibición de "promoción" en la intermediación de las rentas vitalicias previsionales

Todo ofrecimiento de incentivos, beneficios, descuentos asociados a un medio de pago, oferta y/o promoción, debe tener en cuenta no sólo la problemática propia de la legislación de seguros y pensiones,[239] sino que, en lo que sea pertinente, debe tomar en consideración, junto a la regulación sectorial, la legislación de consumidores relativa a "promociones y ofertas".

---

[236] La Circular Nº 2.123 de la SVS incluye expresamente la prohibición de "regalos" (V.10). La NCG Nº 163 dice, en congruencia con la ley, "incentivos o beneficios".

[237] Circular Nº 2.123 párrafo V.3 de la SVS trata sobre la publicidad en esta modalidad de seguros.

[238] Esta misma prohibición, en los mismos términos (incentivos o beneficios "*con el objeto de obtener la contratación de pensiones*") aparece en la NCG Nº 377, de 27 de enero de 2015 (Nº 8), y, antes, para los corredores de rentas vitalicias, en la NCG Nº 164 de 21 de junio de 2004 (Nº 5), y en la Circular Nº 2.123, V.10.

[239] Véase la intervención del superintendente FERREIRO en *Historia de la Ley Nº 19.934*, p. 600: "En consecuencia, en el ámbito previsional se prohíben las ventas atadas y se generan 'murallas chinas' para garantizar que todo el esfuerzo de ahorro que el Estado obliga a hacer –no faculta ni permite, sino que obliga– desemboque finalmente en lo que fue su fundamento, esto es, el pago de la mejor pensión posible".

a) Beneficios que puedan calificarse como "promoción"

El artículo 1º número 7º de la LPDC define "promociones" como "las prácticas comerciales, cualquiera sea la forma que se utilice en su difusión, consistentes en el ofrecimiento al público en general de bienes y servicios en condiciones más favorables que las habituales, con excepción de aquellas que consistan en una simple rebaja de precio". Toda promoción, en consecuencia, se caracteriza por estar orientada a conseguir el consentimiento de un consumidor para que opte por un producto ofrecido en condiciones más favorables (que no sea un simple descuento en el precio).

Por disposición del artículo 41 del D.F.L. Nº 251, una compañía de seguros no puede ofrecer una "promoción" a las personas que consulten (o asegurables) para obtener la contratación de una renta vitalicia previsional. Si bien una compañía de seguros puede publicitar las condiciones objetivas (una compañía de seguros que ofrece rentas vitalicias puede hacer publicidad,[240] como es reconocido en la Circular Nº 2.123, párrafo V.3), no puede, en su calidad de anunciante, promover beneficios o incentivos asociados a la contratación de rentas vitalicias con el objeto de obtener la contratación de esta modalidad de pensiones.

b) Beneficios asociados a una renta vitalicia como "comunicación promocional"

La misma Ley Nº 19.496 dispone en su artículo 28 B lo siguiente:

"Toda comunicación promocional o publicitaria enviada por correo electrónico deberá indicar la materia o asunto sobre el que versa, la identidad del remitente y contener una dirección válida a la que el destinatario pueda solicitar la suspensión de los envíos, que quedarán desde entonces prohibidos.

[240] Artículo 1º Nº 4 de la Ley Nº 19.496: "Publicidad: la comunicación que el proveedor dirige al público por cualquier medio idóneo al efecto, para informarlo y motivarlo a adquirir o contratar un bien o servicio, entendiéndose incorporadas al contrato las condiciones objetivas contenidas en la publicidad hasta el momento de celebrar el contrato. Son condiciones objetivas aquellas señaladas en el artículo 28".

Los proveedores que dirijan comunicaciones promocionales o publicitarias a los consumidores por medio de correo postal, fax, llamados o servicios de mensajería telefónicos, deberán indicar una forma expedita en que los destinatarios podrán solicitar la suspensión de las mismas. Solicitada ésta, el envío de nuevas comunicaciones quedará prohibido".

Como consecuencia de la prohibición general contemplada en el D.F.L. Nº 251, las compañías de seguros que ofrezcan rentas vitalicias tienen vedado enviar comunicaciones promocionales al público general (o a un grupo de personas que piensan pensionarse) para obtener el consentimiento de contratar una renta vitalicia previsional cuando dentro de esas comunicaciones aparece un incentivo o beneficio, cualquiera sea la naturaleza de éste.

55. Intermediación de seguros de personas por corredores de seguros

La definición legal de corredor de seguro no se encuentra en el Código de Comercio, sino en el artículo 57 del D.F.L. Nº 251. Esta norma define a los corredores de seguros como los "auxiliares del comercio de seguros que deben asesorar a la persona que desea asegurarse por su intermedio, ofreciéndole las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses e ilustrándola sobre las condiciones del contrato, debiendo asistirla durante toda su vigencia, especialmente en las modificaciones que eventualmente correspondan y al momento de producirse un siniestro". Luego en la misma disposición se agrega que los corredores "deben también asesorar a la compañía aseguradora verificando la identidad de los contratantes, la existencia de los bienes asegurables y entregándole toda la información que posean del riesgo propuesto".

Además, el artículo 58 letra e) del D.F.L. Nº 251 permite que los corredores sean personas jurídicas, en la medida en que se constituyan con objeto exclusivo, y que sus administradores cumplan con los requisitos generales exigidos para los corredores que sean personas naturales y no estén dentro de las causas de inhabilidad previstas en la ley. Se establece, además, que sus administradores, representantes legales o empleados no pueden ejercer en forma independiente el corretaje de seguros, ni podrán

trabajar para una compañía de seguros ni para otra persona dedicada al corretaje de seguros.[241]

El Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (Decreto Nº 1.055, de 17 de agosto de 2012, que entró en vigencia el 1 de junio de 2013 y que reemplaza al D.S. Nº 839) dedica su Título II al corretaje de seguros. En este cuerpo normativo de carácter reglamentario existe otra definición distinta de corredor de seguros. Dispone: "Son corredores de seguros las personas naturales o jurídicas que, registradas como tales en la Superintendencia, actúan como intermediarios independientes en la contratación de pólizas de seguros con cualquier entidad aseguradora, obligándose a asesorar a las partes en la forma que establece la ley y este reglamento". De esta definición sobresale, como característica relevante, la referencia a la independencia que debe ostentar este intermediario y la obligación de registrarse ante la entidad fiscalizadora. El D.S. Nº 1.055 se encarga de fijar en detalle los deberes del corredor de seguros en su artículo 10.

El corredor, a diferencia del agente de venta, no está permanentemente ligado a un asegurador de un grupo determinado y goza de independencia, lo que le permite organizar su actividad según su mejor parecer dentro de la estricta legalidad vigente.

55.1. Naturaleza jurídica de la intermediación por corredor

Resulta complejo encasillar al corretaje de seguros en un arquetipo contractual determinado. Es evidente que los institutos contractuales más cercanos al corretaje son el mandato y el arrendamiento de servicios inmateriales, aun cuando resulta nítido que, a pesar de las semejanzas arquetípicas con esos dos contratos, las diferencias sustanciales aparezcan en todo momento.

El corretaje es, antes que todo, un servicio de confianza, cuyo objeto único es la intermediación de seguros entre una compañía y un asegurable

[241] Nuestra opinión es que las normas legales citadas derogan tácitamente lo dispuesto en el artículo 78 del Código de Comercio, y que no resultan aplicables al corretaje de seguros, en general, las disposiciones relativas al corretaje mercantil del Título II del Libro I del CCOM.

o futuro contratante. Lo que distingue, sin embargo, al corretaje de los contratos, que arquetípicamente se le pueden asimilar, es que el corredor debe fidelidad tanto al contratante como al asegurador en igual medida e intensidad, y no puede preferir (bajo sanción de responsabilidad legal) beneficiar al asegurador en desmedro del contratante, asegurado o beneficiario, en su caso.

En último término, el corredor de seguros contrata con ambas partes del contrato de seguro y es deudor de distintas obligaciones de medios y de resultados respecto de ambos, también. En muchas ocasiones, incluso es deudor de ciertas obligaciones a favor de los demás sujetos del seguro que no necesariamente fueron parte del contrato.

55.2. Requisitos para ser corredor

El artículo 58 del D.F.L. Nº 251 establece los requisitos para ser corredor de seguros. Tales requisitos son:

a) Ser chileno o extranjero radicado en Chile con cédula de extranjería al día y ser mayor de edad. En el caso de las personas jurídicas, éstas deben ser constituidas en Chile con objeto exclusivo de corretaje de seguros. Asimismo, la ley dispone que un seguro de personas nunca puede ser intermediado en Chile por un corredor que sea persona natural o jurídica que tenga su domicilio en territorio extranjero, aunque exista un tratado internacional vigente. En efecto, el artículo 58 bis del D.F.L. Nº 251 no establece la posibilidad de intermediar seguros de personas por la vía excepcional que dicha norma contempla. Las personas naturales, a su vez, deben tener cumplida su educación media o su equivalente.

b) Tener intachables antecedentes comerciales:[242] El D.F.L. Nº 251 no dispone la forma en que esta exigencia deba ser acreditada, la que, en todo

[242] Esta forma de selección por "antecedentes comerciales intachables" no es exclusiva para el cargo de corredor de seguros, pues la misma ley la contempla para los accionistas de administradoras de mutuos hipotecarios endosables (artículo 88). No hay más leyes que se refieran a este estándar, sino sólo actos de la potestad reglamentaria directa, como el Decreto Nº 26 de 1989, sobre Agentes de Servicios para la Vivienda, o indirecta, como la Circular Nº 1 de 2007

caso, y a falta de determinación expresa, debe ajustarse a la legalidad, sobre todo teniendo en consideración que en febrero de 2012 entró en vigencia la Ley Nº 20.575, que determina que los antecedentes comerciales que manejan los bancos de datos sólo pueden tener una finalidad crediticia, por lo que una exigencia de documentos que acrediten los datos financieros para los corredores (y para los agentes de venta[243]) podría causar problemas serios de legalidad.

c) Acreditar los conocimientos suficientes sobre el comercio de seguros, en la forma y periodicidad que disponga la superintendencia mediante norma general y, además, estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes. La entonces llamada SVS dictó, a estos efectos, la Circular Nº 1.679, de 10 de septiembre de 2003.

d) Constituir una garantía, mediante boleta bancaria o la contratación de una póliza de seguro de responsabilidad civil por un monto no inferior a la suma más alta entre UF 500 o el 30 % de la prima neta de los contratos de seguros intermediados en el año inmediatamente anterior, con un máximo de UF 60.000, para responder del correcto y cabal cumplimiento de todas las obligaciones emanadas de su actividad y, especialmente, de los perjuicios que puedan ocasionar a los asegurados que contraten por su intermedio.

55.3. Deberes del corredor de seguros

El corredor de seguros tiene deberes para con los sujetos del contrato de seguro, incluso desde antes de la formación del consentimiento. Una lectura *contrario sensu* del artículo 529 Nº 1 CCOM trae como necesaria

---

de la SBIF, sobre Evaluadoras de la Sociedades de Garantías Recíprocas y los reglamentos para ser Guardia de Seguridad autorizado por el OS-9 de Carabineros de Chile. A modo de ejemplo, el proyecto de la ley que pretende modificar el gobierno corporativo de TVN dispone que una persona tiene intachables antecedentes cuando "*no registre protestos de documentos no aclarados en los últimos cinco años en número o cantidad considerable*", pero no dispone la exhibición de un certificado (pues sería ilegal). En tanto, para acreditar antecedentes tributarios intachables exige que "se encuentre al día en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias, de acuerdo al certificado que emita al efecto la Tesorería General de la República dando cuenta de este hecho". La diferencia es obvia.

[243] La NCG Nº 91 dispone que los antecedentes de los agentes de venta de rentas vitalicias deberán tener "buenos antecedentes" y no señala que deban ser "intachables".

consecuencia que, en las pólizas intermediadas por corredor, pese sobre éste la obligación de asesoría. Lo anterior se desprende, además, con toda claridad del numeral 1º del artículo 10 del D.S. Nº 1.055, que pone sobre los hombros del corredor el deber primario de "asesorar a las personas que deseen asegurarse por su intermedio, ofreciéndoles las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses".

Durante la etapa precontractual, el corredor debe también firmar él mismo toda propuesta o cotización que tramite, cuidando de verificar que cumpla con las exigencias legales y reglamentarias (artículo 10.7 del D.S. Nº 1.055).

Como se aprecia, pesa sobre los corredores un deber legal de protección a la parte débil de la relación contractual, que impide al corredor ofrecer una cobertura que no se ajuste a los intereses del asegurable. Las normas sobre trato justo de la NCG Nº 420, sobre Conducta de Mercado, establecen reglas similares, las que se identifican principalmente con el concepto de "suitability". La misma NCG Nº 420 exige que el corredor use en su comunicación con el cliente un lenguaje claro y le brinde una asesoría "de calidad".[244]

La obligación de asesoría no se agota en la fase precontractual, sino que, en sintonía con lo prescrito en el artículo 529 Nº 1 CCOM, el artículo 10.2 del D.S. Nº 1.055 exige que el corredor informe a sus clientes sobre "las condiciones del contrato y en especial sobre la extensión del seguro pactado y sus adicionales, sobre los riesgos y situaciones excluidas de la cobertura, alcance de las franquicias o deducibles a la misma, cláusula de prorrateo, forma y plazos de pago, efectos de su incumplimiento y, en general, toda la información adicional necesaria para ilustrar mejor su decisión". Lo anterior no se cumple simplemente con la remisión de la información del artículo 514 CCOM. Más que una simple remisión, la obligación es de aportar verdadera información precontractual, clara y precisa, bajo principios de "suitability" o "adecuación".

El artículo 10.3 del D.S. Nº 1.055 obliga a los corredores a asesorar al asegurado permanentemente. Esto significa que es deber del corredor asistir al cliente "durante toda la vigencia del contrato, especialmente en

[244] Véase NCG Nº 420 Nº 1.1 al 1.4.

las modificaciones que eventualmente correspondan y al momento de producirse un siniestro".

En el D.F.L. Nº 251 existe un deber adicional de información, que más bien debe asociarse con un deber de transparencia. En efecto, el artículo 57 inciso 6º dispone: "Los corredores deberán entregar a todos sus clientes información respecto de la diversificación de sus negocios y de las compañías con que trabajen, en la forma que determine la Superintendencia". Lo anterior, como es evidente, garantiza la libre competencia y la transparencia e independencia de los corredores, y la correcta gestión de sus conflictos de interés. Esta última materia ha sido también abordada por la NCG Nº 420, en su número 2º, como un principio basal de la Conducta de Mercado exigible, por cierto, a todos los auxiliares del comercio de seguro.

Los corredores deben, asimismo, no sólo remitir una copia de la póliza al contratante dentro de los cuatro días siguientes a su recepción de parte de la entidad aseguradora, sino que pesa sobre ellos un deber de profesionalidad asociado a su calidad de intermediarios y que consiste en verificar (al momento de la entrega) que las condiciones del contrato son las mismas propuestas a la compañía de seguros (artículo 10.4 del D.S. Nº 1.055). Por supuesto que el deber de remisión de la póliza sólo puede ser cumplido por el corredor si, a su vez, la compañía ha devuelto la póliza firmada dentro del plazo legal de cinco días hábiles, establecido en el artículo 519 CCOM. Curiosamente, este mismo artículo dispone que los corredores tienen cinco (y no cuatro) días para remitir la póliza al asegurado, con lo que el D.S. Nº 1.055 debe entenderse modificado legalmente. En los seguros colectivos, esta obligación se cumple mediante la entrega del certificado de cobertura del artículo 517 inciso 3º CCOM.[245]

Con todo, puede ocurrir que el asegurador determine no aceptar una determinada cobertura propuesta, o bien puede optar por modificarla. En este caso, el corredor debe comunicar de inmediato al asegurado o al contratante esta situación por los medios electrónicos referidos en el artículo 30 del D.S. Nº 1.055.

[245] Véase *infra* 58 y 80.1.

La asesoría del corredor no se agota con sus deberes con el asegurado o con el contratante. Como se ha esbozado más arriba, los deberes de los corredores son también para con la compañía de seguros. El artículo 10.5 del D.S. Nº 1.055 dispone que es deber del corredor "asesorar a la compañía de seguros con que intermedie verificando la identidad de los contratantes y la existencia y ubicación de los bienes asegurables, entregándole toda la información que posea del riesgo y de las condiciones propuestas para el pago de la prima". Asimismo, el corredor actúa como una especie de mandatario del asegurador para recibir informaciones de sinceridad (cuestionarios), riesgo, interés asegurable e, incluso, la identidad del asegurado. De igual manera debe remitir a la compañía las primas y documentos que reciban por las pólizas que intermedien de inmediato o a más tardar dentro de los dos días hábiles siguientes a su entrega (artículo 10.6 del D.S. Nº 1.055).

55.4. Prohibiciones especiales a los corredores de seguros

El artículo 11 D.S. Nº 1.055 dispone que es prohibido a los corredores "asumir frente a las partes otras obligaciones o responsabilidades distintas a las señaladas en el reglamento o en la ley". El objeto del corretaje es exclusivo y su actividad no puede invadir las labores de los demás actores del mercado asegurador.

De igual manera, el corredor no puede "cancelar, anular, o dejar sin efecto o hacer modificar en cualquier forma la vigencia, cobertura, prima o modalidad de las pólizas que intermedien", sin que medie la autorización escrita y previa del asegurado o del contratante.

55.5. Prohibición general a los corredores de ofrecer y de otorgar beneficios

La Circular Nº 2.123 (V.10) dispone que, conforme lo dispuesto en el Nº 1 del artículo 11 del D.S. Nº 1.055, los corredores de seguros no están autorizados para ofrecer o entregar beneficios o incentivos por las pólizas de seguro contratadas por su intermedio.

Lo anterior significa que un corredor de seguros no puede ni ofrecer ni dar ninguna clase de regalos ni incentivos de ninguna especie a las personas

que busquen contratar un seguro por su intermedio. Tampoco pueden patrocinar programas de beneficios para obtener la contratación, renovarla o mejorar las condiciones del contrato de seguro.

55.6. Cobro de comisiones y deberes de información en la intermediación de los seguros de personas

El oficio del corredor de seguros es un oficio remunerado.[246] La remuneración del corredor está tratada con especial detalle en la Circular Nº 2.123 (párr. II). Esta circular dispone que será precisamente en la póliza, y usando los mismos caracteres (tipografía y tamaño) que el resto de la información contenida en las condiciones particulares, donde "en carácter informativo" deberá indicarse el total de la comisión de intermediación pactada con el corredor de seguros.[247]

En el caso de la intermediación de rentas vitalicias del D.L. Nº 3.500, la información se debe referir al asesor previsional o al agente de ventas, según corresponda el tipo de intermediación elegida. Además, en el mismo lugar deberá informarse cualquier otra comisión o estipendio devengado no sólo a favor del intermediario, sino que incluso a favor del contratante u otras personas relacionadas a éstos, lo que las pólizas suelen cumplir indicando las palabras "otros estipendios" u otras similares.[248]

---

[246] La definición del corredor mercantil del artículo 48 CCOM, que no resulta completamente aplicable al corredor de seguros, aporta sin embargo datos sobre la onerosidad del negocio del corretaje, pues lo define como una "mediación asalariada". El artículo 78 CCOM debe entenderse tácitamente derogado por las disposiciones del D.F.L. Nº 251.

[247] La misma Circular Nº 2.123 dispone que el monto de las comisiones se deberá indicar sólo con las palabras "comisión del corredor", "comisión de asesor previsional" o "retribución o comisión por venta del agente", según corresponda. En caso de otras comisiones, distintas a las antes referidas, se deberá indicar con precisión la entidad que la percibe y el servicio a que se refiere. Si las comisiones se estipulan como un porcentaje de la prima, deberá indicarse claramente la mención "% de la prima" y si corresponde a prima bruta o neta. En caso de indicarse la comisión en una moneda o unidad, debe identificarse clara e inequívocamente la moneda o unidad empleada (peso, UF, dólar u otra).

[248] La comisión puede estipularse como pago diferido en el tiempo. En tal caso, se deberá informar también en la póliza el monto total de esta comisión, pudiendo incluirse, en cada caso, una explicación en relación con la forma de pago y el desglose de la comisión en sus diversos componentes.

55.7. Responsabilidad legal del corredor en los seguros de personas

Si se analiza el artículo 529 Nº 1 CCOM *contrario sensu*, se obtiene una descripción muy congruente con la definición de las obligaciones impuestas al corredor por el artículo 57 D.F.L. Nº 251, que permite afirmar que, en los seguros intermediados por corredores, la responsabilidad descansa (también a título de responsabilidad legal por infracción de deberes) primeramente sobre éstos.

Como parte esencial de su oficio, el corredor debe ejecutar sus obligaciones de buena fe, conforme a las reglas generales de derecho común, vale decir, obligándose no sólo a lo que en el contrato se exprese, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación y que por la ley o la costumbre pertenecen a ella (artículo 1546 CC). De igual forma, el corredor responde por infracción a la normativa de protección a los consumidores si no provee a sus clientes la información respecto del seguro que se encuentre intermediando. Finalmente, el corredor de seguros es responsable frente a sus clientes de toda publicidad engañosa o falsa, así como de hacer cobros indebidos o distintos que los expresados en sus listas (o en la póliza en este caso) dentro del sistema de protección al consumidor provisto por la Ley Nº 19.496, la Circular Nº 2.123 y la NCG Nº 420, entre otras disposiciones.

56. REGULACIÓN DEL SEGURO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS Y TELEFÓNICO. CONTRATOS DE SEGURO "A DISTANCIA" Y CONTRATO DE "SEGURO TELEFÓNICO"

El artículo 513 letra v) CCOM define seguro contratado a distancia como "aquel que se ha convenido entre las partes mediante cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra escrita o verbal".[249]

El problema de la contratación a distancia dice relación, evidentemente, con la formación del consentimiento, pues la ley entiende que, para dar por

[249] La definición no era parte del proyecto de ley contenido en la moción parlamentaria. La *Historia de la Ley* (p. 126) muestra que una entonces nueva letra w) con la definición fue incorporada por indicación de los diputados señores ARENAS, BURGOS, CERONI, CHAHÍN, MARINOVIC, SAUERBAUM, TUMA, VALLESPÍN, VAN RYSSELBERGHE y VELÁSQUEZ.

configurado un seguro contratado a distancia, no sólo debe existir voluntad de contratante y asegurador de quedar recíprocamente obligados, sino que es preciso que el consentimiento *se forme* mediante un sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra escrita o verbal.[250]

Sobre si esta modalidad responde al carácter consensual del contrato de seguro, establecido como regla general en el artículo 515 CCOM, retornaremos un poco más adelante.

56.1. Seguros por internet y seguros telefónicos. Formación del consentimiento y diferencias fundamentales

La contratación a distancia, que ya recibía una regulación importante en el artículo 12 A de la LPDC bajo el supuesto de que los contratos sean "celebrados por medios electrónicos, catálogos, avisos u otra forma de comunicación a distancia"[251], está tratada especialmente a propósito de la contratación de seguros en el artículo 513 letra v) CCOM. El derecho de retractación unilateral, a su turno, está tratado en el artículo 538 CCOM.

Como veremos a continuación, el tratamiento que el legislador (pero particularmente el regulador) ha dado a esta cuestión es complejo, y a veces resulta contradictorio con las reglas generales sobre formación del consentimiento y con los deberes de información previa que pesan sobre el asegurador.

Hoy resulta más o menos claro que la contratación de seguros por internet arroja menos problemas que la contratación telefónica, pues comprende el intercambio de documentos electrónicos (estandarizados, alojados en un sitio permanente, o simplemente por correo electrónico) de los que normalmente

---

[250] Sobre la contratación electrónica de seguros, Camacho Clavijo, Sandra (2006), "Tráfico jurídico electrónico y contrato de seguro", en *Revista Española de Seguros* Nº 127, pp. 433-474.

[251] Véase el comentario de Pinochet Olave, Ruperto (2013), "Comentario al artículo 12 A", en *La protección de los derechos de los consumidores. Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores* (De la Maza y Pizarro, editores), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 265-282. Esta obra colectiva se citará en adelante como "*La protección de los derechos de los consumidores*".

queda un registro. Tratándose de seguros de esta clase, la entonces llamada SVS ordenó a los aseguradores y corredores mantener un "registro y soporte duradero" de la documentación electrónica, mediante la dictación de la NCG Nº 171, de 15 de octubre de 2004.

En el caso de los seguros pactados por internet, la información contenida en sitios web, además, puede grabarse, imprimirse, "capturarse la pantalla", e incluso fotografiarse con bastante facilidad. En Chile, los documentos contenidos y transmitidos por medios electrónicos equivalen, con bastante certeza, a los contratos impresos con la entrada en vigencia de Ley de Firma Electrónica Nº 19.799, la que determina que la contratación por internet o por correo electrónico sigue principios de equivalencia funcional con la contratación registrada en soporte físico.[252]

La Ley Nº 19.799 califica como documento electrónico a "toda representación de un hecho, imagen o idea que sea creada, enviada, comunicada o recibida por medios electrónicos y almacenada de un modo idóneo para permitir su uso posterior". En ese entendido, no sólo son documentos de esta clase los formularios alojados en sitios web, sino que los correos electrónicos, los mensajes SMS, mensajes de chat y otros similares, en la medida en que se almacenen "de un modo idóneo para su uso posterior".

La NCG Nº 171, de 15 de octubre de 2004, dispone una reglamentación contundente sobre las obligaciones generales y especiales a que deben someterse los aseguradores y corredores de seguros que comercialicen seguros por internet, regulación sobre la que retornaremos más adelante, pero que, a grandes rasgos, supone la equivalencia funcional de la documentación física y electrónica, incluida la etapa de formación del consentimiento y la de ejecución de las obligaciones del asegurador o corredor, en orden a enviar una copia del contrato una vez formado el consentimiento.

A nuestro juicio, existe una disociación real (pero no legal) entre comercialización de seguros por medio de sitios web y la venta telefónica de seguros. Sobre esta clase de comercialización telefónica, la SVS (hoy llamada CMF) ha emitido primero la Circular Nº 1.587, de 2002, la que fue

[252] Sobre este tema, CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 163.

derogada por la hoy vigente Circular Nº 2.148, de 8 de abril de 2014. Para los seguros de salud, además, existen algunas disposiciones sobre venta telefónica desde el 5 de agosto de 2009, en la Circular Nº 1.935.

A pesar de la disociación, para la ley chilena el seguro contratado por internet y el seguro telefónico son igualmente "seguros contratados a distancia", a pesar de que en los que se pactan por internet la escrituración y la posibilidad de imprimir y almacenar documentos viene dada por defecto, mientras que en los seguros telefónicos no ocurre así. En efecto, con la definición del artículo 513 letra v), introducida por la Ley Nº 20.667, también son seguros "contratados a distancia" los pactados por teléfono o mediante otra forma de comunicación de la palabra verbal.[253] Al abordarse el derecho a retracto, consagrado hoy en el artículo 538 del Código de Comercio, la *Comisión de Economía* de la Cámara se refirió principalmente a los contratos telefónicos, pues son precisamente éstos, y no los pactados por internet o correo electrónico, los que requieren "garantía de consensualidad", término que alude a la necesidad de conocimiento cabal de la información por parte del contratante.[254]

El teléfono es un medio de comunicación mucho más antiguo que los que transmiten información digital o electrónica, lo que torna la equiparación con un supuesto método de contratación "moderno" en una cuestión confusa. Sin embargo, en la contratación telefónica aparece con mucha más intensidad la exigencia de un registro y soporte duradero. Lamentablemente, en el trámite legislativo de la Ley Nº 20.667 la diferencia entre el seguro telefónico y el pactado por internet no fue advertida correctamente ni fue

[253] El muy interesante *Código de Buenas Prácticas para el Comercio Electrónico* de la Cámara de Comercio de Santiago es, en esta cuestión, bastante más claro y separa los contratos electrónicos pactados por internet y el resto de los medios "a distancia" (artículos 29 y ss.).

[254] La consecuencia lógica de la incorporación de la contratación "a distancia" fue la llamada "garantía de consensualidad" del seguro, que se incorporó al artículo 538 CCOM. Según se lee del *Primer Informe de la Comisión de Economía de la Cámara* (*Historia de la Ley*, p. 74), "el empleo de técnicas de venta a distancia (telemarketing, teléfono) requiere de mecanismos que se orienten a garantizar la información y el conocimiento del contrato de seguro. Por ello, se propone incorporar a la legislación, la facultad del contratante de solicitar la terminación unilateral de la póliza, dentro de un plazo acotado, cuando ésta ha sido contratada por sistemas o medios de contratación a distancia".

tratada con la debida atención. Incluso el senador Harboe llegó a postular la necesidad de prohibir o regular de mejor manera los seguros a distancia, aunque de su discurso y argumentación se colige que por "seguro a distancia" se refería exclusivamente a los contratados por teléfono.[255]

Dada la equiparación (legal) de los seguros por internet con los telefónicos para efectos de su tratamiento como "seguros a distancia", se debe inferir que no es la escrituración, sino la existencia del registro de la trasmisión lo que deviene en un requisito de existencia del seguro de esta clase.

Para los seguros pactados por internet, la NCG Nº 171 exige desplegar en pantalla las condiciones particulares y generales de la póliza, con las cláusulas adicionales y de uso general que se contraten, indicándose los respectivos códigos de depósito, de forma que se permita su impresión.[256] Para los seguros telefónicos, la Circular Nº 2.148 (Nº II) exige proporcionar oralmente (y además registrar) una cantidad de información bastante completa y determina, a su vez, la obligación de envío de la póliza necesariamente por escrito (Nº IV). Sólo desde la recepción de esta información, señala la norma, se debe contar el plazo de 10 días para que el contratante ejerza el derecho de retracto sin expresión de causa.

Se postula, con razón, que la escrituración es una "garantía para el consumidor, ya sea para comprobar la celebración de un contrato y sus condiciones ya sea para constancia y posibilidad de revisión futura de las condiciones de contratación incorporadas a él".[257] Resta ver si que este requisito se determina legalmente como condición de validez de contrato celebrado a distancia.

---

[255] La opción por prohibirlos se lee de la *Historia de la Ley*, p. 262 (*Discusión Sala*), y la "necesidad de establecer una regulación más específica", argumentando que "es una práctica habitual el abuso en el contrato de seguros sin ningún medio de prueba para el asegurado, que se hacen a través de medios telefónicos que finalmente significan un perjuicio al patrimonio de los consumidores". Sobre esto, véase *Historia de la Ley*, p. 264.

[256] NCG Nº 171, Nº 4, párr. 2.

[257] PINOCHET OLAVE, Ruperto (2013), "Comentario al artículo 12 A", en *La protección de los derechos de los consumidores*, p. 271.

56.2. Contratación por internet, contratación telefónica y consensualidad del seguro

Como se ha revisado más arriba, y a diferencia de lo que ocurría antes de la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.667, el actual artículo 515 CCOM dispone que el contrato de seguro es un contrato consensual.[258] Más allá de las dificultades probatorias del artículo 515 inciso 2º CCOM, el régimen actualmente vigente considera que el seguro se perfecciona por el mero consentimiento de asegurador y contratante.

Evidentemente que el consentimiento de las partes que pactan el seguro debe abarcar los requisitos esenciales del contrato, que son riesgo, estipulación de una prima y obligación condicional de indemnizar, a los cuales, en ciertos seguros de personas, debe sumarse el interés asegurable por disposición del artículo 589 CCOM, sin los cuales el contrato deviene en absolutamente nulo (artículo 521 CCOM).

La consensualidad, como se colige del artículo 1443 del Código Civil, se refiere a que no es necesario que se emita ni firme una póliza o se extienda un certificado de cobertura, ni menos que se pague previamente una cantidad de dinero para que haya contrato de seguro y surjan con él las obligaciones básicas de indemnizar en caso de siniestro, y la del asegurado de pagar las correspondientes primas.

A pesar de la consensualidad declarada por el legislador, la práctica nos indica que el proceso de formación del consentimiento en el seguro suele ser por escrito, corrientemente por medio de documentación escrita físicamente, suministrada por el asegurador en atención a lo prescrito en el artículo 514 CCOM, y por respuestas también escritas que da el contratante o el asegurable conforme lo disponen los artículos 524 Nº 1 y 525 CCOM. En la mayoría de las ocasiones, toda esta información se intercambia por medio de correos electrónicos.

En los seguros de personas, la cuestión precontractual es todavía más compleja, pues, además de la obligación de enviar la información escrita del artículo 514 inciso 2º CCOM, propia de toda clase de seguros, involucra

[258] Véase *supra* 41.

la escrituración de declaraciones sobre el estado de salud y la entrega o envío de resultados de los respectivos exámenes médicos (artículos 590 y 591 CCOM). Vale decir, en los seguros de personas se suele producir un intercambio de documentación que difícilmente podría verificarse de manera oral o telefónica.

56.3. Análisis especial relativo a la contratación telefónica

La Circular Nº 2.148, de 8 de abril de 2014, circunscribe el problema de la contratación a distancia a la contratación telefónica. Esta modalidad de contratación de seguro ha suscitado un interés especial no sólo por los requisitos de información previa al contrato que debe cumplir el oferente, sino que por la necesidad de lo que se ha denominado un "registro y soporte duradero". Desde 2002, con la dictación de la Circular Nº 1.587, de 30 de enero de ese mismo año, sobre oferta y promoción de seguros a distancia, el regulador abordó la necesidad de un "registro y soporte duradero" en las promociones y ofertas telefónicas, entendido aquello como un sistema que permitiera: 1) la grabación de la información y 2) que ésta quede a disposición del cliente o de la SVS a requerimiento inmediato. Los principios de este registro y soporte duradero eran la "confidencialidad", "integridad", "no repudio" y, finalmente, "autenticación".

En la regulación actual, establecida en la Circular Nº 2.148, de 8 de abril de 2014, este "registro y soporte duradero" y sus principios siguen siendo un pilar de una contratación telefónica válida, en los mismos términos que para 2002 lo era para la oferta y promoción de un seguro.

Como es evidente, la contratación no presencial vía telefónica difiere de la mecánica más tradicional de formación del consentimiento, que comienza con una propuesta que hace el contratante al asegurador en un documento escrito, llenado y firmado por el primero (artículos 513 letra q) y 514 CCOM).

En los seguros de personas, además, lo corriente es la exigencia de una declaración de salud que se exige al asegurado, e incluso la práctica de exámenes médicos, de manera que la compañía pueda aceptar, rechazar o limitar el riesgo que va a asumir (artículo 590 CCOM), cuestión compleja de cumplir en un seguro telefónico, en que se propende a la contratación inmediata mediante técnicas de *marketing* más agresivas o que buscan la

inmediatez. Al mismo tiempo, la contratación telefónica difiere del resto de las contrataciones a distancia pues la comunicación verbal podría, eventualmente, no quedar registrada, sin que el contratante pueda proveerse, en esa circunstancia, de una copia de la conversación.

56.4. ¿Son consensuales o solemnes los seguros contratados a distancia?

Pese a la tajante declaración del legislador a propósito de la naturaleza consensual del contrato de seguro, resulta lícito preguntarse si el requerimiento de un registro de la palabra oral o escrita que exige el artículo 513 letra v) del CCOM califica como una solemnidad y si su ausencia determina la inexistencia o nulidad del contrato telefónico o por internet.

En el seguro telefónico, el asegurador o corredor formulan la oferta de contratar un seguro para que el contratante la acepte en esa misma llamada, usualmente sorpresiva, y en el marco de esa precisa conversación telefónica. Si nos atenemos al texto legal, pareciera que para que haya seguro es necesario que esa conversación no sólo sea grabada, sino que quede registro en soporte duradero de la transmisión, lo que supone una especie de formalidad legal sin la cual el consentimiento no puede llegar a formarse.[259] El problema es que ordinariamente el registro sólo puede ser provisto por el asegurador o corredor y no parece posible cargar con la negligencia del proveedor a un asegurado que busca satisfacer su necesidad de obtener una cobertura.

En el caso del seguro por internet, la posibilidad de imprimir, grabar o fotografiar y las exigencias de la NCG Nº 171 no evitan, pero sí disminuyen, la posibilidad y efectos de una falta o falla del registro, por lo que el problema se presentará con mucho mayor incidencia en el caso del seguro telefónico, que no supone *per se* un registro o soporte físico o visual.

Nos parece que es perfectamente posible plantear que el seguro telefónico escapa de la consensualidad corriente, pues el legislador no sólo manda celebrarlos por una determinada vía, sino que es totalmente imposible

[259] A su turno, el artículo 12 A señala que el consentimiento "no se entenderá formado".

que, a falta de registro, el consumidor pueda recuperar la información. Lo anterior puede devenir en abusivo para un consumidor que busca el pago de una indemnización en circunstancias en que un asegurador se escuda en la ausencia de un registro de la llamada, más si la propia ley impide probar el seguro por un medio que no sea el "principio de prueba por escrito", del artículo 515 CCOM.

56.5. Forma de entregarse la "información previa" en los seguros por internet. NCG Nº 171

El artículo 514 obliga al asegurador "a entregar al tomador, por escrito, toda la información relativa al contenido del contrato que se celebrará. Ésta deberá contener, al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones; la cantidad asegurada, forma de determinarla y los deducibles; la prima o método para su cálculo; el período de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura".

Como resulta evidente, se trata de un mandato legal que busca la protección del contratante que se encuentra en una posición de asimetría de información, y que supone la entrega escrita de información previa a la celebración del contrato. Esta información deber ser completa, veraz de las condiciones de la contratación.[260]

La naturaleza de la contratación por medio de una página web admite naturalmente el cumplimiento de las disposiciones del artículo 514 CCOM, pues permite desplegar en la pantalla (y grabar, imprimir, fotografiar, etc.) una serie de documentos electrónicos que contienen la información del contrato. La equivalencia funcional del documento electrónico respecto del documento físico aparece, en esta clase de contratación, con mucha notoriedad. En el ámbito normativo sectorial, la antes llamada SVS reguló esta cuestión a través de la NCG Nº 171, que explicita esta obligación para el caso de los seguros tomados por internet, al señalar que la aseguradora (o el corredor) deberán suministrar al destinatario de la oferta toda la información relevante y facilitarle los medios para efectuar consultas o decidir sobre la oferta del seguro, debiendo informar y registrar la fecha

[260] CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 152.

de la oferta, su período de validez, la identificación de la aseguradora, la naturaleza de la materia asegurada, las características del seguro, las coberturas ofrecidas o solicitadas, requisitos de asegurabilidad, carencias deducibles, vigencia y suma asegurada. Igualmente, deberá informar si el contrato está sujeto a condiciones de asegurabilidad que será necesario verificar, la forma y plazo para aquello, señalándose que la vigencia del contrato quedará sujeta al cumplimiento de dicha diligencia. Asimismo, debe informarse al destinatario de la oferta el costo total del seguro, incluyendo la prima, los impuestos y cualquier otro cargo, así como la modalidad de pago de la prima fijada.[261] La NCG Nº 171 repite algunos conceptos del artículo 514 CCOM y adiciona varios contenidos de la Circular Nº 2.123, particularmente sobre publicidad y promociones.

La misma NCG Nº 171 ordena que, antes de la celebración del contrato, sean "desplegadas en pantalla" las condiciones generales y particulares de la póliza, con sus respectivos códigos y permitiéndose su impresión.[262] Una vez acordado el contrato, lo que deberá hacerse en el mismo sitio web y conforme los mecanismos que éste provea, la normativa manda a la compañía o al corredor enviar al contratante la póliza suscrita mediante firma electrónica avanzada.[263]

56.6. Liberación de la obligación del artículo 514 CCOM en los seguros telefónicos. Verbalización previa de los "requisitos de información previa al contrato" (Circular N° 2.148, párrafo III)

Como se ha revisado más arriba, el artículo 514 CCOM pone sobre los hombros del asegurador cumplir con la remisión previa y escrita de una gran cantidad de información. El legislador supone, pues lo trata en lo relativo a la proposición de celebrar el contrato, que el envío de esta documentación escrita debe siempre anteceder a la formación del consentimiento.

El problema que se divisa es que esta exigencia legal pugna con la naturaleza misma del seguro telefónico, el que resulta de una conversación

[261] NCG Nº 171, Nº 4, letras a-h.

[262] NCG Nº 171, Nº 4, párr. 2º.

[263] NCG Nº 171, Nº 4, párr. 5°.

reglamentada, normalmente sorpresiva, y con un lapso de deliberación bastante más limitado para el contratante.[264] En este caso, la entonces denominada SVS, pasando por sobre el texto legal, ha entendido que la verbalización completa y veraz de la información precontractual debe entenderse funcionalmente equivalente a la escrituración.

Aunque el legislador no lo ha determinado así, lo que parece una omisión importante, resulta evidente que una exigencia como la del artículo 514 CCOM haría inaplicable la existencia siquiera de la contratación telefónica de seguros. La ausencia de la totalidad de la información escrita en la contratación de esta clase es la que, en parte, explica la existencia de un derecho de retractación unilateral en la misma ley y la presentación de un proyecto de ley, actualmente en tramitación parlamentaria, que regula precisamente la contratación telefónica como una modalidad especial.[265]

La ausencia de la documentación escrita no impide que a todo asegurador, o a quien intermedie a su nombre, le sea obligatorio proveer información completa y veraz, clara, comprensible e inequívoca respecto de las condiciones del contrato, ya no por disposición de la legislación de seguros, sino que por mandato del artículo 12 A de la Ley Nº 19.496. Lo anterior, además, debe entenderse en perfecta correlación a lo dispuesto en la Circular Nº 2.148, que establece en su párrafo III requisitos bastante detallados de información previa al contrato que deben entregarse al destinatario de la oferta, entre los cuales sobresalen el deber de explicitación de las características del seguro, de las coberturas, plazos, carencias, deducibles y de la suma asegurada.

Finalmente, y siempre que no se trate de la omisión de un requisito de validez del contrato de seguro de aquellos contemplados en el artículo 521

---

[264] Se ha fallado (con base en el mensaje de la Ley Nº 19.555) que éste es uno de los fundamentos del retracto. Así, CORTE DE APELACIONES DE LA SERENA, 6 de marzo de 2013, ingreso Nº 136-2013: "La facultad de dejar sin efecto unilateralmente un contrato bilateral, por cierto, en nuestro ordenamiento jurídico es excepcionalísima, pero fue incorporada a nuestra normativa precisamente para proteger a esos usuarios que son 'encantados' en situaciones en que los espacios de formación del consentimiento aparecen debilitados frente a las técnicas de comercialización agresivas…".

[265] Proyecto ingresado el 4 de noviembre de 2015, aprobado en el Senado en 8 de noviembre de 2016, actualmente en la Cámara de Diputados.

CCOM, la omisión del deber de información no conduce a la nulidad del contrato, pues la ley no ha determinado esa sanción. Sin embargo, una omisión de este tipo abre la vía sancionatoria por parte de la autoridad fiscalizadora.

56.7. Requisitos de información previa establecidos por la SVS (hoy CMF) en la contratación a distancia y su legalidad. Relación con la normativa de consumo

Para cumplir con los requisitos legales de formación del consentimiento sobre la base de los principios de información clara, inequívoca, comprensible y completa, la SVS (hoy subrogada por la CMF, en virtud del artículo 67 de la Ley Nº 21.000) ha establecido una lista de requisitos que las compañías deben cumplir, de manera de garantizar lo que se ha denominado "seguridad, integridad y confidencialidad de la comunicación y del registro de datos".

Sin entrar en que las reglas de formación del consentimiento son materia del dominio legal, lo que ha quedado lamentablemente invadido por la Circular Nº 2.148 a falta de una regulación competente en la ley, debemos analizar sus prescripciones y relacionarlas con la legislación sobre consumidores aplicable.

La autoridad requiere, cada vez que se pacte un seguro a distancia, que se entregue la siguiente información previa al contratante o al asegurable.

1. Fecha en que se efectúa la oferta: Se trata, nada menos, que del deber de información veraz y completa que exige toda contratación a distancia dirigida a consumidores (artículo 12 A LPDC y las normas generales de la oferta contenidas en el artículo 12 de la misma ley). La fecha de la oferta no figura como uno de los elementos requeridos en el artículo 514 CCOM, pero la escrituración requerida por esa misma norma permite, sin decirlo, acreditar con algún grado de certeza el momento en dicha oferta es lanzada.

2. Identificación del oferente, compañía de seguros y demás copartícipes en la promoción u oferta de seguro. Tratándose de seguros colectivos,[266]

[266] Sobre esta clase de contratación, véase *infra* 58.

deberá indicarse que se está ofreciendo la incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por [el contratante] directamente con la compañía de seguros (sin que lo anterior obste al cumplimiento íntegro de la Circular Nº 2.123). Evidentemente que en toda promoción se deberá tener en consideración lo dispuesto en el artículo 35 LPDC.

3. Características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas, condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración del contrato, causales de terminación anticipada, vigencia y suma asegurada. Salvo las franquicias, carencias, causas de terminación anticipada, que son un requisito adicional, se trata de una repetición de las exigencias precontractuales a todo asegurador del artículo 514 inciso 2º CCOM.

4. Costo total para el asegurado, incluyendo primas, impuestos y cualquier otro recargo. Esta exigencia se aviene a las disposiciones sobre claridad y publicación del precio contenidas en la LPDC, así como a las reglas establecidas por el fiscalizador sectorial en la Circular Nº 2.123.

5. Modalidades de pago de la prima. No sólo el precio total, sino la forma de pago de la prima debe ser explicitado al contratante o asegurable, de manera que pueda tomar una decisión informada, sin que se presuma su consentimiento de aceptar, por ejemplo, el pago de una prima única en circunstancias en que cree pagar por mensualidades u otro ejemplo semejante.

6. Existencia, duración y forma de ejercicio del derecho a retracto del contratante o asegurado. El operador telefónico deberá informar al contratante o al asegurable de su derecho a retractarse sin expresión de causa en el plazo de 10 días, salvo las excepciones legales que veremos un poco más adelante, al tratar de esta cuestión en particular.

7. Derecho del asegurado a poner fin anticipado al contrato, en cualquier momento, comunicándolo al asegurador, salvo las excepciones legales.

8. Plazo máximo y forma de entrega de la póliza. La circular insiste en que es la póliza y no el certificado de cobertura o de incorporación lo que debe entregarse, lo que para el caso de los contratos colectivos parece ser una regla superior a la establecida por el legislador en el artículo 519 CCOM.

Los requisitos antedichos corresponden a un refundido de exigencias legales de información, de manera de que no quepa duda de que, al aceptarse la contratación, el destinatario presta su consentimiento en términos inequívocamente obligatorios, similares a los planteados por el artículo 12 A de la LPDC. Recordemos que esta norma exige acceso "claro, comprensible e inequívoco" a las condiciones de contratación,[267] so pena de entenderse que el consentimiento no se llegó a formar.[268] La Circular Nº 2.148 (Título IV) señala, en consonancia con la legislación de consumidores y las múltiples normas sobre esta materia, que únicamente podrá considerarse como aceptación la expresión de voluntad manifestada inequívocamente con la intención de celebrar el contrato propuesto, no pudiéndose interpretar o presumir el silencio en este sentido.[269]

Finalmente, la Circular Nº 1.935, de 2009 (IV), señala que en los seguros de salud que se ofrezcan por teléfono, el asegurador (o el corredor en su caso) deben leer al cliente una "leyenda obligatoria" en forma previa a su manifestación de voluntad, debiendo quedar constancia en el registro respectivo.[270]

---

[267] Sobre este acceso claro, comprensible e inequívoco, véase Pinochet Olave, Ruperto (2013), pp. 270 y ss.

[268] Sobre la aplicación preferente de la normativa de consumidores fundada en el orden público, véase Barrientos, Marcelo (2016), *Normas sobre la protección de los derechos de los consumidores en el contrato de seguro en Chile*, Madrid, Fundación Mapfre, p. 126. En general, no estamos de acuerdo con el argumento que hace descansar la prioridad en el orden público. Pensamos que en este caso en particular (y a falta de una disposición expresa) cabe aplicar supletoriamente la LPDC, conforme lo dispone su artículo 2°.

[269] Lo mismo en el Nº 4 de la NCG Nº 171 y en el Oficio Circular Nº 7.981, del año 2000, que no son más que la ratificación de la normativa de consumidores establecida en el artículo 3º letra a) LPDC.

[270] La leyenda obligatoria es la siguiente: "Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente: 1.- Éste es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado. 2.- Este seguro no sustituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y no necesariamente cubre las mismas prestaciones. 3.- Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos: a) duración de este seguro; b) cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro; c) de qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación; c) en qué casos NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO (las mayúsculas son de la SVS), y d) Los requisitos para cobrar el seguro".

56.8. Facultad del contratante o del asegurado para retractarse: Aplicación al seguro por internet y al seguro telefónico

El derecho de retractación unilateral del consumidor tiene una variante o tratamiento especial dentro del seguro contratado a distancia en cualquiera de sus modalidades. A continuación, analizaremos cada uno de los elementos que conforman el ejercicio de este derecho.[271]

56.9. ¿Quién puede retractarse?

La derogada Circular Nº 1.587, de 30 de agosto de 2002, disponía que el seguro contratado a distancia permitía *al asegurado* el derecho de retractación unilateral, facultad que llamaba "derecho de retractación". Hoy, el artículo 538 CCOM ha corregido este evidente defecto, pues permite el retracto al contratante, que es quien presta el consentimiento y asume primeramente las obligaciones. De hecho, resulta complejo imaginar que, en el caso en que la persona del asegurado sea distinta a la del contratante, pueda *el asegurado* ejercer este derecho, pues se trata de una facultad propia de quien manifestó el consentimiento y no de los terceros.

El artículo 538 CCOM señala: "Retracto de un contrato de seguro celebrado a distancia. En los contratos de seguro celebrados a distancia, *el contratante o asegurado* tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de diez días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo el derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado. Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguro cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el inciso precedente". La misma terminología correcta es la que ha seguido la Circular Nº 2.148.

56.10. Plazo para el retracto

La facultad que se otorga al asegurado o contratante para retractarse debe ser ejercida dentro del plazo de 10 días contados desde que se reciba la póliza. Como se aprecia, se trata de un plazo fatal con efecto de caducidad, que

[271] Para la naturaleza del derecho de retracto, PINOCHET OLAVE, Ruperto (2013), pp. 172-174.

debe contarse desde el día en que el contratante o el asegurado, en su caso, reciben la póliza. De tal manera, el momento en que comienza a contarse el plazo es el día en que la documentación es recibida por el interesado y no por el corredor, en el caso de seguros intermediados. Asimismo, la mera fecha de emisión de la póliza es irrelevante para estos efectos.

El artículo 12 A de la LPDC obliga a enviar una copia escrita y legible del contrato al consumidor, lo que permitiría tener bastante certeza del momento en que el plazo del retracto puede comenzar a computarse.

El problema aparece por la omisión que hace el legislador (y el regulador) de la situación que surge a propósito del contrato colectivo de seguros. La Circular Nº 2.148 ha dispuesto, en contravención a lo establecido en el artículo 517 CCOM, que la compañía o el corredor deberán entregar "la póliza al asegurado", sin hacer referencia al certificado de cobertura o de incorporación, en circunstancias en que se sabe que en esta clase de contratos el tomador cumple el deber legal al entregar simplemente "un certificado que acredite la cobertura", debiendo mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza. Debemos recordar que, según dispone el número IV, párrafo final, de la Circular Nº 2.148, es responsabilidad de la compañía de seguros o del corredor, en su caso, acreditar la entrega de la póliza al asegurado.

Surge, entonces, y a falta de mención especial del artículo 538 CCOM, la duda de si el plazo de retractación en el caso del seguro colectivo debe contarse desde la entrega del certificado de cobertura a quien ingresó al contrato, o si sólo puede entenderse computado el plazo de 10 días desde que se entregue efectivamente la póliza, si esto alguna vez llega a ocurrir.

Parece razonable la interpretación que más cuadra con el contexto de la ley (artículo 22 CC), de manera de que haya entre todas sus partes la debida correspondencia y armonía. Una interpretación literal que excluya del plazo a quienes sólo reciban un certificado conduciría a un resultado absurdo y violentaría la igualdad ante la ley. En términos simples, en matera de seguros colectivos, el certificado equivale a la póliza para todos los efectos.

Finalmente, a falta de disposición especial, los 10 días deben entenderse corridos (artículo 50 CC) y completos. Además, se cuentan desde la me-

dianoche del día que principia el plazo (vale decir desde las 00:00 horas del día siguiente) hasta la medianoche del día en que se cumple (artículos 48 y 49 CC).[272]

56.11. El derecho de retracto del seguro no puede limitarse como sí se permite en el artículo 3º bis letra b) de la LPDC

Una novedad respecto de la legislación general de consumidores es que la Ley Nº 20.667 contempla un derecho de retracto más amplio. En efecto, el artículo 538 CCOM dispone que este derecho puede ejercerse "sin expresión de causa ni cargo alguno", y que la persona que lo ejerce tiene el derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado. En el caso del seguro a distancia, no está permitido al proveedor la limitación del retracto, como curiosamente aún lo permite la LPDC para el resto de los contratos celebrados a distancia.

Con todo, y por razones evidentes, el legislador ha limitado el ejercicio de este derecho en el caso en que ya se hubiere verificado un siniestro, así como en los contratos de seguro cuyos efectos cesen antes de los mismos 10 días señalados como límite.

56.12. En el retracto del seguro a distancia rige la obligación de remitir la confirmación escrita del artículo 12 A de la LPDC

Pensamos que cada vez que se pacte un seguro a distancia debe atenderse el mandato del artículo 12 A de la Ley Nº 19.496, que obliga al proveedor a que, una vez que el contrato se encuentre perfeccionado, envíe una confirmación escrita por vía electrónica, o bien por cualquier medio de comunicación que garantice el debido y oportuno conocimiento del consumidor, el que se le indicará a éste previamente.

Esta confirmación deberá contener una copia íntegra, clara y legible del contrato, lo que permite, entre otras cosas, computar el plazo del retracto

[272] El artículo 50 B, que se propone como modificación a la LPDC, que actualmente revisa el H. Tribunal Constitucional, hace referencia expresa a la Ley Nº 19.880, pero sólo para el procedimiento. En dicha ley, los días hábiles no contemplan los sábados.

con bastante certeza y que se satisface, a nuestro juicio, con la entrega del certificado que acredita la incorporación.

56.13. Forma del retracto

La ley no ha dispuesto la forma en que ha de procederse al retracto. La Circular Nº 2.148 ha completado la voluntad del legislador y ha ordenado que el retracto debe comunicarse al asegurador o corredor que intermedie el seguro "por cualquier medio que permita la expresión fehaciente de voluntad", para lo que el asegurador o el corredor deberán conservar la comunicación correspondiente en forma íntegra en un soporte duradero.

Lo anterior debe concordarse con la obligación del oferente de informar previamente, y de manera clara y comprensible, la "existencia, duración y forma de ejercicio del derecho a retracto del contratante o asegurado" (Circular Nº 2.148, III Nº 6), de manera de facilitar, o al menos no entrabar, el ejercicio de este derecho.

56.14. Requisitos del retracto

En principio, los únicos requisitos para ejercer el derecho de retracto son: 1) que se trate de un contrato de seguro celebrado a distancia; 2) que se haga dentro de plazo; 3) que el que opte por retractarse revista la calidad de asegurado o de contratante, y 4) que no haya ocurrido el siniestro o que los efectos del contrato cesen antes de los 10 días del plazo de retractación.

Fuera de tales requerimientos sencillos, el derecho de retracto concedido legalmente al asegurado o contratante no les impone la carga de expresar la causa ni de soportar cargo alguno. En ese sentido, el artículo 538 CCOM contiene una norma semejante a la del artículo 3º bis de la Ley Nº 19.496. Sin embargo, el articulo 538 CCOM contiene una ventaja para el consumidor, pues no contempla la excepción o limitación unilateral al retracto reflejada en la frase "a menos que el proveedor haya dispuesto expresamente lo contrario". En relación con aquella limitación, no contemplada en el artículo 538 CCOM, es menester destacar el artículo 542 CCOM, que consagra el carácter imperativo de las normas que rigen el contrato de seguros, es decir, las disposiciones que rigen el contrato de seguros son

irrenunciables, salvo que en ellas se disponga otra cosa, por lo que una cláusula limitativa del retracto no podría tener valor.

56.15. Devolución de una parte o de toda la prima pagada

Junto al derecho de retractación unilateral, quien lo ejerce (contratante o asegurado) tiene el derecho a la devolución de la totalidad de la prima que hubiere pagado en virtud del contrato. Obviamente que este derecho cede sólo en beneficio de quien pagó la prima, mientras revista la calidad de contratante o del asegurado, pero no en favor de quien no ha debido sufragar los costos del seguro. Para mayor claridad, así está dispuesto en la Circular Nº 1.763, sobre reembolso y devolución de primas, que establece que cualquier devolución o reembolso deberá hacerse a quien soportó el pago y no a otra persona, pues de lo contrario se deberá considerar como una comisión.

Asimismo, la ley no permite al asegurador retener cantidad alguna de la prima como cargo por administración o retención de gastos, como sí acontece en la regla general consagrada en el artículo 3º bis de la Ley Nº 19.496.[273]

Si el seguro termina habiéndose pagado prima "no ganada", se deberá aplicar el criterio dispuesto en la Circular Nº 2.114 de la SVS (hoy CMF), de 26 de julio de 2013, sobre "devolución de prima pagada y no ganada", esto es, se debe informar al contratante dentro del plazo de 10 días de terminado el seguro, poniendo a su disposición la suma no ganada.[274]

56.16. Plazo para la devolución de la prima

El artículo 538 CCOM no establece un plazo para restituir la prima pagada. El artículo 3º bis de la Ley Nº 19.496, a su turno, establece que las restituciones de sumas pagadas deben hacerse "a la mayor brevedad posible" y *en cualquier caso* antes de los 45 días subsiguientes a la comunicación del retracto.

---

[273] El artículo 3º bis, sin embargo, obliga a la devolución de las sumas abonadas, pero que no correspondan a servicios prestados a la fecha del retracto.

[274] Sobre la devolución de la prima, en general, véase *infra* 56.15.

Con todo, el inciso 1º de la ya referida Circular Nº 2.114 señala que el plazo para devolver primas pagadas y no ganadas es de 10 días, lo que no parece aplicable para los seguros retractados, pues esta clase de devolución está regulada por una norma legal especial, de mayor rango y que, a nuestro entender, debe prevalecer.

56.17. La información promocional forma parte de la documentación que debe enviarse, pues forma parte del contrato

Aun cuando retornaremos sobre este asunto al tratar de las normas de protección al consumidor en el contrato de seguros, es importante señalar que en la contratación a distancia no se altera la regla general de protección al contratante, asegurado o beneficiario que incorpora al contrato la documentación precontractual.

Como se ha visto, pesan sobre el asegurador y/o el corredor las cargas de mantener un registro y soporte duradero y además la de enviar la documentación contractual y de información para la formación del consentimiento.

De igual forma, la obligación de claridad pesa sobre toda esa documentación y debe concurrir en los registros audiovisuales, en la publicidad de todo lo que se incorpora al contrato por disposición del artículo 1º número 4º de la LPDC, de la Circular Nº 2.123 (V.4) y de las disposiciones sobre Conducta de Mercado de la NCG Nº 420.

57. Privacidad y tratamiento de datos personales y datos sensibles en el caso de exámenes médicos y declaraciones de salud

Como hemos revisado, los aseguradores del segundo grupo tienen derecho a solicitar y manejar información sobre el estado de salud física, psíquica y psicológica de los asegurados. Como esta información es usualmente requerida en la etapa precontractual,[275] muchas veces se trata de datos de personas que no llegarán siquiera a contratar el seguro por diversas razones.

[275] Puede requerirse, sin embargo, al renovar un seguro, o frente a otras circunstancias sobrevinientes, como haber adquirido el hábito de fumar, comenzar a trabajar en un empleo riesgoso, en altura, etcétera.

La ley actual define datos personales como todos los "relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables" (artículo 2° letra f) Ley Nº 19.628). Son, a su vez, datos sensibles "aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual" (artículo 2° letra g) Ley Nº 19.628).

57.1. Caso de los datos personales recolectados por el asegurador en uso de su derecho a requerir información sobre el estado del riesgo

La NCG Nº 420 (I.3) ha calificado la salvaguarda de la información financiera y médica de los clientes como "una de las principales responsabilidades de la industria de servicios financieros". En ese sentido, la autoridad ha ordenado a corredores y aseguradores proteger la confidencialidad de los clientes de acuerdo al mandato legal, estableciendo procedimientos de resguardo de información, controles internos, tecnología adecuada y manejar riesgos o amenazas a la integridad y seguridad de los datos que manejen. A esos efectos, tanto los corredores como los aseguradores deben proteger la circulación de información entre partes relacionadas, así como con personas de cualquier clase que operen en otras jurisdicciones.

El artículo 4º de la Ley Nº 19.628 dispone que "el tratamiento de los datos personales sólo puede efectuarse cuando esta ley u otras disposiciones legales lo autoricen o el titular consienta expresamente en ello". Además, debe informarse al titular "respecto del propósito del almacenamiento de sus datos personales y su posible comunicación al público".[276] Debe, asimismo, requerirse el consentimiento del titular o propietario de los datos personales para su tratamiento, el que debe siempre constar por escrito.

Sin embargo, la misma ley establece ciertas circunstancias en que puede efectuarse el tratamiento de datos personales sin autorización del titular. Esto ocurre cuando se trata de información recolectada de "fuentes accesibles

[276] Se trata del llamado "principio de finalidad" del artículo 4º inciso 2º: "La persona que autoriza debe ser debidamente informada respecto del propósito del almacenamiento de sus datos personales y su posible comunicación al público".

al público, cuando sean de carácter económico, financiero, bancario o comercial, se contengan en listados relativos a una categoría de personas que se limiten a indicar antecedentes tales como la pertenencia del individuo a ese grupo, su profesión o actividad, sus títulos educativos, dirección o fecha de nacimiento, o sean necesarios para comunicaciones comerciales de respuesta directa o comercialización o venta directa de bienes o servicios".[277]

Puede efectuarse también el tratamiento de datos personales sin autorización de su titular en la medida en que se trate de información que se encuentra en posesión de "personas jurídicas privadas para el uso exclusivo suyo, de sus asociados y de las entidades a que están afiliadas, con fines estadísticos, de tarificación u otros de beneficio general de aquéllos". Precisamente éste es el caso en que se encuentran una gran cantidad de datos recolectados por los aseguradores del segundo grupo, particularmente aquella información relativa a la tarificación de riesgos.

Si bien no resulta claro qué quiere decir la ley cuando se refiere a "sus asociados y de las entidades a que estén afiliadas", a nuestro entender deben entenderse comprendidos dentro de ellos los distintos reaseguradores, personas con las que se han suscrito convenios de cooperación u otras asociaciones semejantes, así como las sociedades o empresas relacionadas, la Asociación de Aseguradores de Chile, etc., siempre que se trate de tratamiento con fines estadísticos, de tarificación o de beneficio general de los titulares. Fuera de esos fines, se retorna a la regla general y el tratamiento requerirá autorización escrita del titular de los datos personales.

---

[277] La Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago ha fallado en un recurso de protección que, según dispone la letra ñ) del artículo 2º de la Ley Nº 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, "el titular de los datos, es la persona natural a la que se refieren los datos de carácter personal, y en este sentido, podemos afirmar que las recurrentes son titulares de este dato personal que les ha asignado el Registro Civil de Identificación, es decir, del número con que se las identifica ya sea como Rol Único Tributario o Rol Único Nacional, en la medida que dicho número las identifica sólo a ellas. No obstante, pese a su titularidad, dicho dato, es de uso común, pues trasciende a la persona y adquiere una dimensión social precisamente en la medida que es utilizado para ejercer derechos y ser sujeto de obligaciones en sociedad como aquellos indicados en el considerando cuarto precedente, o como cuando es utilizado por diversas entidades, tales como, registros de universidades, pruebas de selección universitaria, Institutos de Salud Previsional, registros electorales, Fondo Nacional de Salud, Servicio de Impuestos Internos, bancos, casas comerciales, etc." .

57.2. Situación de los datos sensibles y de los datos de menores de edad

Está expresamente prohibido a una compañía de seguros compartir datos sensibles de sus asegurados con terceros sin la autorización expresa del propietario de la información. Entre estos datos se encuentran todos aquellos relativos a las condiciones de salud, aptitudes físicas o psíquicas, afiliaciones, condición sexual. En general, pueden destacar como datos sensibles los que forman parte de una declaración personal de salud de un determinado asegurado, así como de los resultados e informes de exámenes médicos, informes y reportes de médicos tratantes, etcétera.

La necesidad de autorización expresa está contemplada en el artículo 10 de la Ley Nº 19.628, que prescribe que "no pueden ser objeto de tratamiento los datos sensibles, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares".

Como se aprecia de la sola lectura de la disposición, la regla contempla excepciones, entre las que destaca, para los efectos del seguro de personas, la posibilidad de tratamiento de datos sensibles sin autorización cuando éstos sean necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Pensamos que la excepción del artículo 10 de la Ley Nº 19.628 es aplicable a la información sensible que pueda compartir un asegurador con una clínica (u otro prestador) en la que se otorguen los beneficios asociados a los seguros de salud o de accidentes personales. Con todo, la excepción es muy limitada, pues la finalidad del tratamiento sólo puede ser la "determinación u otorgamiento de beneficios de salud" y no otra, lo que torna el control del tráfico de la información (y de su posterior uso) en un problema importante. Determinar o anticipar el uso que el prestador va a dar a la información recibida se torna complejo, por lo que, para salvar cualquier tipo de responsabilidad del asegurador, es recomendable requerir igualmente la autorización escrita del titular de los datos.

Un problema importante aparece a propósito de los datos personales (sensibles o no) correspondientes a menores de edad, pues no se puede reputar jurídicamente válido el consentimiento dado por incapaces. La Ley Nº 19.628 no se hace cargo de este problema, por lo que es necesario

recurrir a las reglas generales. Así, el consentimiento deberá ser otorgado por el representante legal del menor, atendiendo a su interés superior.

Actualmente se encuentran en tramitación dos proyectos de ley (refundidos bajo el Boletín Nº 11.144-07) que tratan específicamente de esta cuestión con la debida atención. En general, en ambos proyectos se postula que el tratamiento de datos de niños y adolescentes sólo puede realizarse atendiendo al interés superior de éstos y al respeto de su autonomía progresiva. Además, los proyectos señalan que para el tratamiento de datos de menores de edad se requiere el consentimiento otorgado en forma específica, expresa y previa por quien tiene a su cargo el cuidado personal, salvo que expresamente lo autorice o mandate la ley. Pensamos que la regulación específica de esta cuestión, así como de la migración de datos al extranjero bajo estándares internacionales adecuados, es una materia de atención urgente de nuestro legislador.

57.3. Mandatos para tratamiento de datos

La situación de los mandatos para tratamiento de datos personales está regulada expresamente en el artículo 8º de la Ley Nº 19.628 y ha dado lugar a un sinnúmero de problemas. Los incisos 2º y 3º de la referida norma señalan: "El mandato deberá ser otorgado por escrito, dejando especial constancia de las condiciones de la utilización de los datos. El mandatario deberá respetar esas estipulaciones en el cumplimiento de su encargo".

Como se aprecia, para el caso en que el tratamiento de datos requiera autorización (como los resultados de exámenes médicos y declaraciones de salud), la ley actualmente vigente faculta a proceder a la autorización por medio de un mandato. Este mandato, sin embargo, no sólo debe ser especial, sino que además limitado. Adicionalmente, este mandato siempre debe ser revocable por disposición del artículo 17 B LPDC.[278]

[278] Sobre este asunto, González, Joel (2017), "Mandatos irrevocables: un cuestionamiento a su general aceptación", en *Revista Chilena de Derecho,* Nº 44, pp. 33-57; véase también Lorenzini Barría, Jaime (2014), "Impactos de la protección al consumidor en los mandatos a propósito de contratos de consumo", en *Estudios de Derecho Comercial*, Santiago de Chile, Departamento de Derecho Comercial Universidad de Chile, pp. 129-140.

Dada la complejidad del problema de los datos personales, cualquier mandato que se otorgue para estos efectos debe ser otorgado por escrito por el titular, quien deberá dejar especial constancia de las condiciones de la utilización de los datos, entre las cuales debe estar, explícitamente, la de compartir los datos personales o sensibles con determinados terceros para los efectos y finalidades establecidos en el mismo mandato.[279]

En general, puede apreciarse que, en la legislación actualmente vigente, los mandatos para tratamiento de datos personales y sensibles son válidos siempre que se ajusten a las exigencias legales expresas, entre la que sobresale el "principio de finalidad". Los referidos mandatos pueden ser obtenidos por medio de formularios físicos, pero también por medio de formatos digitales de adhesión, en la medida en que sean explícitos y en que conste específicamente la facultad para tratar datos personales, la autorización para el tratamiento y la finalidad específica de su tratamiento.[280]

57.4. El caso de la privacidad en los seguros asociados a pensiones o rentas vitalicias

La cuestión de la privacidad de los datos personales ha recibido un tratamiento en la normativa especial de pensiones, particularmente desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 19.934. Es necesario observar esta regulación por su importancia en el seguro de renta vitalicia previsional, pues este último es, sin duda, un seguro de personas.

El artículo 61 bis letra c) del D.L. Nº 3.500, incorporado a dicho cuerpo legal por la Ley Nº 19.934, prescribe que tanto las AFP como las compañías de seguros que comercialicen rentas vitalicias previsionales "deberán resguardar la privacidad de la información que manejen de acuerdo con lo

[279] Así, en EXCMA. CORTE SUPREMA, 7 de julio de 2016, ingreso Nº 1533-2015: "Resulta contraria a la buena fe, y en consecuencia abusiva, la obtención del consentimiento del titular de los datos mediante una condición general de contratación incluida en una transacción cuyo objeto principal es la entrada a un espectáculo. En el contexto de semejante transacción comercial, tal renuncia a la privacidad de los datos personales solo es válida si es otorgada en forma explícita y específica".

[280] El proyecto del ejecutivo, actualmente en tramitación parlamentaria, precisamente se pronuncia en ese sentido (Boletín Nº 11.144-07).

dispuesto en la Ley Nº 19.628, sobre protección de datos de carácter personal, y quedarán sujetas a las responsabilidades que en dicha ley se establecen".

Al mismo tiempo, se establece una sanción penal (artículo 467 CP) para quien obtenga beneficio patrimonial ilícito mediante fraude al afiliado o a sus beneficiarios o a quien haga uso no autorizado de los datos que deban proporcionarse al sistema o de aquellos contenidos en el listado a que se refiere el artículo 72 bis del D.L. Nº 3.500, sin perjuicio de las demás sanciones civiles o administrativas que pudieren proceder.

A su turno, el artículo 163 inciso 6º del mismo D.L. Nº 3.500 dispone que "si una Administradora de Fondos de Pensiones entregare a cualquiera de las entidades del Grupo Empresarial al que pertenece información proveniente de la base de datos de carácter personal de sus afiliados, las entidades involucradas serán solidariamente responsables para efectos de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley Nº 19.628". Como se aprecia, esta última sanción no rige para las compañías de seguros del segundo grupo que administren rentas vitalicias, sino que sólo para las AFP, las que quedan a estos efectos reguladas por el artículo 4º de la Ley Nº 19.628.

58. Los seguros colectivos

Una novedad que presenta el régimen introducido por la Ley Nº 20.667 es el reconocimiento legal de los seguros colectivos presentes en el país desde hace décadas. Según Contreras, se trata de un fenómeno anterior al año 2000, asociado a la contratación masiva de créditos bancarios.[281] La Circular Nº 1.758, de 6 de julio de 2005 (derogada por la Circular Nº 2.128, de 12 de noviembre de 2013, dada la modificación del artículo 40 del D.F.L. Nº 251 por la Ley Nº 20.552), reconocía la existencia de esta clase de contratación como "una práctica generalizada de la banca", precisamente asociada a créditos hipotecarios para la vivienda.

[281] Contreras, Osvaldo (2014), pp. 165 y s., reconoce, con todo, que existen otros seguros colectivos que, aunque asociados a créditos, se toman en beneficio exclusivo del cliente y no del acreedor. Para un análisis de la historia del artículo 517 CCOM, véase Barrientos, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 517", en *Comentarios*, pp. 215-218.

Los seguros colectivos están definidos en el artículo 513 letra w) CCOM como "aquellos que mediante una sola póliza cubren contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas". Unas pocas normas más adelante, en el artículo 517 CCOM, aparece su tratamiento detallado, en el que se incorporan los elementos propios de esta clase de contratación, como la relación del grupo asegurable o asegurado "con o por el tomador", la existencia de una póliza única y las obligaciones especiales de los sujetos que participan. Dispone:

"Contratación colectiva de seguros. Hay contratación colectiva de seguros en aquellos casos en que mediante una sola póliza se cubra a un grupo determinado o determinable de personas vinculadas con o por el tomador.

En este caso llámase tomador o contratante, a quien celebra el contrato por el grupo asegurado.

A través del tomador, el asegurador deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En el último caso, tanto el asegurador como el tomador y el corredor del seguro deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza.

El asegurador deberá, también, notificar a los asegurados a través del tomador, todas las modificaciones del seguro, las que sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado.

En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación.

Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el tomador o el intermediario, se presumirá su conocimiento por el asegurador a contar de la fecha de su presentación.

El tomador es responsable de los daños causados por su actuación en las pólizas colectivas en que intervenga, sin perjuicio de la responsabilidad del asegurador por las gestiones que hubiere encomendado. El asegurador no podrá oponer al asegurado los errores, omisiones o deficiencias del tomador.

En este tipo de contratos de seguro, la indemnización de los siniestros cede a favor del asegurado afectado por ellos, o del beneficiario, en su caso".

Como se aprecia, se trata de una modalidad de contratación que supone la existencia de una sola póliza y de un grupo, al menos, determinable de asegurados. Este grupo de personas es esencialmente variable. Tales personas se encontrarán cubiertas contra los mismos riesgos y quedarán vinculadas con el asegurador "con o por" la persona del "tomador", que es la entidad que celebra el contrato por el grupo asegurable.[282] La indemnización, con todo, puede ceder a favor de un tercero beneficiario, como ocurre normalmente con los seguros de desgravamen.[283]

La Circular Nº 2.123 (párrafo III), de la entonces llamada SVS (hoy CMF), ha dispuesto reglas especiales de información en la contratación de los seguros colectivos. En esta norma, se exige siempre informar a los asegurados, ya sea en la propuesta, o bien en la solicitud de incorporación (que es frecuente que en esta clase de seguros sea el mismo documento, como lo dispone expresamente el Nº 5 del párrafo III de la Circular Nº 2.123[284]), "al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones, la cantidad asegurada, la forma de determinarla y los deducibles, la prima o método para su cálculo, el período de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura individual, e incluir la siguiente leyenda obligatoria: IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante, directamente con la compañía de seguros".[285] Los requisitos

[282] Contreras, Osvaldo (2014), p. 17, lo conceptualiza como el seguro que "agrupa a personas incorporadas a una póliza única, por los mismos riesgos, a través de una entidad contratante con la cual les une un vínculo común".

[283] Véase *supra* 8 y 18.

[284] Señala: "En caso de aceptación inmediata de la propuesta por el asegurador se hará constar ésta en el mismo documento, mediante cualquier medio fehaciente. En este caso, la propuesta podrá hacer las veces de certificado de cobertura. La compañía asumirá los riesgos en los términos y condiciones propuestas por el asegurable. Si la compañía de seguros se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto, se deberá informar al asegurado el rechazo o de la aceptación del riesgo por la aseguradora. En ese último caso, deberá entregarse al asegurado un certificado de cobertura".

[285] Si se trata de un seguro colectivo al que se ingresa por medio de contratación telefónica, la Circular Nº 2.148 establece la obligación de leer esta misma información, como se ha visto *supra* 56.5 y siguientes.

antes mencionados son equivalentes a los exigidos a los aseguradores en el artículo 514 CCOM.

Asimismo, la autoridad ordena que "la propuesta, solicitud de incorporación o certificado de cobertura deberá ser independiente de toda otra operación, negocio o producto, y no se podrá incorporar información, descripciones o referencias a servicios o coberturas distintos a los efectivamente contratados por el asegurado", con lo que se garantiza la transparencia y claridad de la información que debe proveerse al asegurado.

Adicionalmente, la autoridad exige que, para el caso en que se "requiriera la declaración del asegurable sobre algún aspecto destinado a configurar o apreciar el riesgo propuesto, deberá estarse a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio", vale decir, se hace referencia a las reglas sobre declaración del estado del riesgo y los efectos legales aparejados.

En el caso especial de los seguros colectivos de salud, la Circular Nº 1.935, de 5 de agosto de 2009, ordena que en todas las solicitudes de incorporación deba indicarse siempre lo siguiente: 1. Que se trata de un seguro voluntario que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por la póliza y que sean de cargo del asegurado; 2. Que el seguro no sustituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y que no necesariamente cubre las mismas prestaciones; 3. Que antes de contratar este seguro es importante que el asegurado se informe y tenga claridad sobre: a) duración del seguro, b) cómo y bajo qué condiciones se renueva, c) de qué manera reajusta el costo en caso de renovación, d) en qué casos no se pagará el seguro, y e) los requisitos para cobrar el seguro.

Asimismo, toda solicitud de incorporación a un seguro colectivo de salud deberá contener un "cuadro resumen" que permita informar al asegurado que quiera incorporarse si el seguro contempla "renovación garantizada", así como la posibilidad de incrementarse la prima en caso de renovación, y si se cubren las preexistencias.

Finalmente, la Circular Nº 2.123 dispone que el asegurador y el tomador (y el corredor de seguros) deberán mantener a disposición de los interesados una copia íntegra de la póliza. Resulta interesante que la Circular Nº 2.123 contemple un derecho que la ley no establece a favor de "las personas que sin

ser asegurados tengan interés en el seguro en razón de concurrir a financiar el pago de la prima, encontrarse afecto al cumplimiento de determinadas obligaciones o cargas contempladas en la póliza u otra causa análoga". Este derecho consiste en que "la compañía debe entregarles, sin cargo, copia de las condiciones generales y particulares del seguro contratado en un plazo no superior a cinco días hábiles de su solicitud".

58.1. El certificado de cobertura y su contenido

El artículo 513 letra d) CCOM dispone que el certificado de cobertura es el "documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante". Sin embargo, la ley no señala cuál debe ser su contenido mínimo, como sí lo hace con las pólizas, en el artículo 518 CCOM.

Como se sabe, existe un deber legal de entregar, al menos, un certificado de cobertura a cada asegurado que se incorpore al contrato colectivo,[286] sin perjuicio de que igualmente se puede hacer entrega de la póliza.

La Circular Nº 2.123 ha llenado el vacío legal y ha dispuesto que, en caso de hacerse entrega de un certificado de cobertura (vale decir, no de la póliza), éste "deberá contener una descripción de la cobertura básica y de cada una de las coberturas adicionales contratadas, el número de la póliza colectiva, individualización y código de depósito de las condiciones del seguro y sus adicionales, si los hubiere, la vigencia del seguro, monto de la prima y las comisiones". Como se aprecia, las menciones mínimas del certificado de cobertura se parecen bastante a las exigidas por la NCG Nº 349 a las pólizas de seguro. Tal es la razón por la que los certificados de cobertura hoy son bastante extensos y detallados.

Asimismo, si el contrato colectivo contemplara condiciones especiales de asegurabilidad que se hayan establecido para el riesgo del asegurado, éstas deben constar expresamente en el certificado de cobertura, y será responsabilidad de la compañía aseguradora tener constancia fehaciente

[286] Para la entrega de un certificado de cobertura y no de la póliza en esta clase de contratación, véase *infra* 80.1.

de la aceptación del asegurado de las condiciones referidas. La norma no establece cuál es la sanción para el incumplimiento de esta última disposición, pero nos parece correcto señalar que, en este caso, el contrato deberá interpretarse favorablemente al contratante o asegurado, teniendo presente lo dispuesto en el artículo 530 inciso 2º CCOM, y no le será lícito escudarse en deficiencias organizacionales para eximirse de cumplir lo pactado.

58.2. Responsabilidad del tomador del seguro colectivo

El artículo 517 inciso 7º dispone que el tomador "responde por los perjuicios causados por su actuación en las pólizas colectivas en que haya intervenido, sin perjuicio de la responsabilidad del asegurador por las gestiones que hubiere encomendado". Se agrega: "El asegurador no podrá oponer al asegurado los errores, omisiones o deficiencias del tomador".

Según se aprecia, se trata de una responsabilidad directa del contratante por sus actuaciones propias en la contratación colectiva. Pero la ley deja abierta la posibilidad de accionar directamente contra el asegurador, quien no puede oponer al asegurado los errores, omisiones o deficiencias del tomador, lo que se traduce, últimamente, en una responsabilidad del asegurador a todo evento, sin perjuicio de su derecho a repetir.[287] Sin decirlo expresamente, pero concediendo idénticos efectos, la ley considera que la responsabilidad por la contratación colectiva es solidaria entre tomador y asegurador.

La Circular Nº 2.123 abunda en esta materia y establece que el corredor o la compañía de seguros, en su caso, no podrán eximirse de sus obligaciones de asesoría respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza respectiva, lo que viene simplemente a reafirmar lo dispuesto como obligación del asegurador, o del corredor, en su caso, en el artículo 529 Nº 1 CCOM.[288]

---

[287] Sobre esta responsabilidad a todo evento del asegurador, véase *infra* 65.10.

[288] Sobre esta responsabilidad, véase *infra* 52, 55.3 y 55.5.

58.3. Otras obligaciones del tomador y derecho a modificar el contrato

El tomador o contratante, además de la obligación de entregar a las personas que se incorporen al seguro colectivo un certificado de cobertura (artículo 517 inciso 2º CCOM), debe notificarlas de todas las modificaciones que puedan recaer sobre el contrato (artículo 517 inciso 3º CCOM). El efecto de la falta de notificación a cada uno de los asegurados es la inoponibilidad de las modificaciones a los asegurados que han sido preteridos.

Como se aprecia, lo dispuesto en el artículo 517 inciso 3º CCOM indica el derecho que tiene el tomador para renegociar el contrato colectivo con el asegurador y, en consecuencia, de común acuerdo, tomador y asegurador podrán introducir modificaciones, más allá de las simples renovaciones. Estas modificaciones se pueden llevar a efecto sin consultar a los asegurados, como típicamente sucede cuando se cede el contrato por cambio de acreedor, u otra situación análoga y, en tal sentido, la norma aparece como una excepción al principio de intangibilidad de las convenciones, contenido en el artículo 1545 CC y 12 LPDC.

Una vez notificados de alguna modificación al contrato, los asegurados colectivamente gozan de un derecho individual a retirarse del seguro, debiendo, a su vez, dirigir dentro del plazo de 10 días una comunicación escrita al asegurador (no al tomador, aunque bien podría suceder que el tomador tenga un mandato para recibir notificaciones de esta clase), en que se manifieste la voluntad de renunciar al seguro. En tal caso, deberá restituírsele la prima que haya pagado y que corresponda a su cobertura individual, contada desde la fecha de la modificación, lo que deberá hacerse de acuerdo a las reglas y plazos establecidos en la Circular Nº 2.114.

59. La prueba del contrato de seguro de personas

Para acreditar la existencia y estipulaciones del contrato de seguro, el artículo 515 inciso 2º CCOM permite a las partes recurrir a todos los medios de prueba que contemplen las leyes, "siempre que exista un principio de prueba por escrito que emane de cualquier documento que conste en télex,

fax, mensajes de correo electrónico, y, en general, cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra escrita o verbal".

Con el estándar anterior, la consensualidad del contrato de seguro de la que habla en artículo 515 artículo 1º CCOM dentro de las reglas aplicables a todo seguro, si bien debe reconocerse como regla general en los seguros de personas, resulta compleja de detectar y aplicar en términos estrictamente "probatorios".[289]

En efecto, más allá de la eventual formación del consentimiento, caso en que la ley no deja lugar a dudas acerca de la calidad consensual del contrato, para la prueba de éste la ley ha exigido exhibir una "forma",[290] como puede ser una propuesta aceptada, una grabación telefónica en un registro o soporte duradero de aquellos referidos en la Circular Nº 2.148 de la SVS, uno o más correos electrónicos, mensajes de texto, etcétera. Como afirmara en su oportunidad Barrientos, "el contrato de seguro es consensual, pero se prueba por escrito".[291]

Es preciso tener en cuenta que el artículo 543 CCOM permite al árbitro, o al juez civil, en su caso, admitir de oficio o a petición de parte cualquier clase de prueba, pudiendo decretar de oficio las diligencias probatorias que estime convenientes con citación de las partes. Respecto de la prueba documental, la misma norma permite al juez llamar a las partes a su presencia para que reconozcan los instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto y apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, pesando sobre el sentenciador la obligación de consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.[292]

---

[289] Otro tanto debe decirse contra la consensualidad al verificar la obligación del asegurador de aportar previamente y por escrito toda la información del artículo 514 CCOM.

[290] Como apunta LÓPEZ SANTA MARÍA, Jorge (2010), *Los contratos. Parte general*, Santiago de Chile, LegalPublishing, p. 211, quien dice "formulismo".

[291] BARRIENTOS, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 515", en *Comentarios*, p. 202.

[292] Estas facultades son equivalentes a las conferidas a los árbitros de seguros marítimos del artículo 1206 CCOM, y se deben al objetivo original del proyecto de la Ley Nº 20.667, que pretendía equiparar la solución de controversias en materia de seguro marítimo con la del seguro terrestre. Sobre este asunto, véase *infra* 85.

59.1. Prohibición de alegar error de hecho al asegurador desde el momento en que emite la póliza

La cuestión probatoria y la defensa de la parte con menos poder negociador es tan intensamente resguardada en la ley que el inciso 3º del artículo 515 CCOM impide al asegurador probar error de hecho una vez que se haya emitido (y entregado, suponemos) la póliza.

De esta manera, si es que la póliza emitida no concuerda con el contenido de la propuesta u otros documentos o principios de prueba por escrito acreditativos del consentimiento y de las condiciones pactadas,[293] el asegurador no podrá excusarse en un error de hecho para lograr una alteración del tenor literal del texto.

Se trata de una norma prohibitiva clara y precisa, indisponible para las partes en atención a lo prescrito en el artículo 542 CCOM. La ley señala: "No se admitirá al asegurador prueba alguna en contra del tenor de la póliza que haya emitido luego de la perfección del contrato".

De esta manera, la póliza, desde que es entregada, adquiere un carácter *ad probationem*,[294] configurándose una especie de *nemo auditur* probatorio que sólo se aplica a la parte fuerte de la relación contractual, en sintonía con la moderna protección al consumidor en los contratos de adhesión, y muy probablemente teniendo en consideración su deber de profesionalidad.

En otras palabras, "no hay prueba que valga contra lo que expresa la póliza que surge de la celebración del contrato",[295] pues, como indica el artículo 513 letra p) CCOM, la póliza es el "documento justificativo del seguro". Es importante señalar que, cuando la ley habla de "póliza", no debe distinguirse ni discriminarse entre condiciones generales o particulares.[296]

---

[293] Sobre el mero error de transcripción en la póliza (*misnomer*) en el derecho de seguros inglés, véase Lowry, Rawlings y Merkin (2011), pp. 160 y s.

[294] Véanse artículos 515, 518, 519, 522, 567 y 593 CCOM.

[295] Barrientos, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 515", en *Comentarios*, p. 203.

[296] Según Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 513 letra p", en *Comentarios*, p. 119, la voz "póliza" las incluye a ambas. La opinión de Arellano, Sergio (2013), *La ley del*

Una cosa muy distinta es que un juez o árbitro de oficio, en uso de las facultades probatorias especiales, contempladas en el artículo 543 CCOM, especialmente aquellas establecidas con los números 2º y 3º, y conforme con los principios de la apreciación de la prueba según las normas de la sana crítica, pueda advertir que hay una diferencia entre el verdadero contenido contractual bilateralmente pactado y lo que el asegurador está facultado a probar en juicio. Por ejemplo, si la letra de la póliza conduce a un resultado contrario a la razón, a los principios de la lógica o científicamente asentados, entonces el juez debe concluir que, más allá del texto del contrato, su interpretación conduce a violentar la sana crítica.

Por ello, y para salvar el contenido consensual del contrato (que el artículo 515 inciso 3º identifica con "la perfección del contrato") y evitar soluciones absurdas que puedan producirse por la aplicación de una regla probatoria a rajatabla, pensamos que nada impide que un asegurador alegue la disconformidad por vía de la excepción. Pero en este último caso debe tenerse en consideración que no tendrá espacio procesal para acreditar su alegación, sin perjuicio de las facultades probatorias que la ley concede de oficio a los jueces. Esta vía se abre más fácilmente cuando el mismo demandante ha acompañado al juicio los documentos acreditativos del consentimiento real, como la propuesta, las declaraciones de salud o la información previa del artículo 514 CCOM. Con todo, y como se ve, se trata de una cuestión compleja.

60. Obligaciones y cargas emanadas del contrato de seguro

Según se ha revisado, por su naturaleza, en el seguro pueden participar distintos sujetos del contrato, algunos de los cuales no necesariamente son parte de éste. A pesar de no ser siempre partes del contrato, sujetos como el asegurado o el beneficiario pueden quedar afectos a cargas y obligaciones muy estrictas, algunas impuestas por la ley y otras por el propio contrato. Piénsese en la carga de denunciar el siniestro que pesa sobre el beneficiario

---

seguro, Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 47 y s., es la opuesta, lo que no parece tener demasiado fundamento, más teniendo en cuenta la claridad del artículo 518 CCOM, la NCG Nº 349 y la Circular Nº 2.123 de la SVS.

de un seguro de fallecimiento, la que difícilmente puede ser cumplida por otra persona.

Últimamente, en nuestro derecho, la distinción entre obligaciones y cargas ha sido tratada por Osvaldo Lagos, quien ha sostenido que "las cargas tienen una serie de características que nos sirven para diferenciarlas de las obligaciones en sentido estricto y, a la vez, para lograr una definición de las mismas". Las define este autor como "un elemento pasivo de la relación obligatoria, en virtud de cuya inejecución el deudor puede oponerse de manera transitoria o definitivamente al cumplimiento del crédito gravado con dicha carga".[297] Según su importancia, el incumplimiento de una carga puede facultar al asegurador caducar la obligación de indemnizar. En cambio, el incumplimiento de una obligación suele traducirse en opción de cumplimiento o resolución del contrato, salvo que el legislador haya previsto una sanción diversa.

Si bien el artículo 524 CCOM, que contiene una lista de obligaciones del tomador o del asegurado, se encuentra en la Sección Primera del Título VII (normas comunes a todo seguro), de su simple lectura se percibe que no resulta fácil de aplicar a los seguros de personas. En efecto, salvo los deberes de sinceridad, de pago de la prima, no agravar el riesgo, denunciar y de acreditar la ocurrencia del siniestro, el resto de las obligaciones allí descritas más bien deben entenderse propias de los seguros de daños. Incluso el mismo deber de sinceridad tiene un tratamiento complejo en los seguros de personas, tal como se aprecia del análisis de los artículos 590 a 592 CCOM.

---

[297] Lagos, Osvaldo (2006), *Las cargas del acreedor en el seguro de responsabilidad civil*, Madrid, Fundación Mapfre, pp. 20 y ss., y 35; Ríos, Roberto (2014), p. 15, aunque referido exclusivamente a la obligación precontractual de declaración del estado del riesgo, nos ilustra acerca la naturaleza jurídica de una "carga". Según Ríos, con cita a Cabanillas, fue Reiner Schmidt quien sostendrá que el concepto de carga adquiere un significado relevante en el derecho sustantivo. En el seguro, *Obliegenheit* sería utilizado (continúa Ríos) como "ordenación jurídica" *(juristischen Ordnungsbegriff)*, cuya inobservancia puede dar lugar a una sanción atenuada y, en todo caso, al sujeto activo no le corresponderá ni una pretensión encaminada al cumplimiento *(Erfüllungsklage)*, ni tampoco una pretensión de resarcimiento de daños y perjuicios. Véase, asimismo, Cabanillas, Antonio (1988) *Las cargas del acreedor en el derecho civil y en el mercantil*, Madrid, Montecorvo, 1988, pp. 23 y ss.

60.1. Compendio de las obligaciones y cargas del contratante y/o del asegurado en los seguros de personas

El legislador nacional señala que las obligaciones y cargas del contrato recaen, en general, sobre el contratante (artículo 513 letra f) CCOM). Si el contratante es, a su vez, asegurado, naturalmente no hay dificultad en saber sobre quién recaen las obligaciones y cargas del contrato de seguro. El problema surge cuando el contratante y el asegurado no son la misma persona. En tal caso, el artículo 524 inciso penúltimo CCOM señala que "corresponde al tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado". A su turno, el inciso final del artículo 524 CCOM dispone que las obligaciones del tomador (como la de pagar la prima) pueden ser cumplidas por el asegurado, sin que ello altere el contrato de seguro ni permita al asegurador escudarse en dicha circunstancia para evitar el pago de la indemnización o dar término al contrato.

Curiosamente, el legislador no se pone en el caso del seguro de fallecimiento, en que el asegurado jamás podrá dar el aviso de siniestro del artículo 524 Nº 7 CCOM (pues está muerto y se trata de un seguro por cuenta ajena), debiendo decir que la persona sobre la cual recae esta carga es el beneficiario, como se señala, aunque veladamente, en el artículo 596 inciso 2º CCOM, cuando dice que a partir del siniestro el beneficiario "podrá reclamar del asegurador la prestación convenida".

Sin ánimo de elaborar un cuadro completo de las obligaciones y cargas que nacen del contrato de seguro, pues a lo largo de este estudio se tratarán en detalle a propósito de las materias correspondientes, es posible resumirlas en las siguientes:

1) Obligación de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos (artículos 524 Nº 1, 525 y 590 CCOM): Como es natural, esta obligación debe ser cumplida por el asegurado y no por el contratante, si fueren personas distintas. Sobre la forma de cumplir esta obligación y los efectos de su incumplimiento, se trata en detalle en los parágrafos 47 a 49 de este libro.

2) Obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas (artículos 524 Nº 3, 527 y 528 CCOM). Se trata de la obligación principal del contratante y se aborda en particular en los parágrafos 63 y siguientes de este libro.

3) Obligación de no provocar el siniestro (artículos 524 Nº 4 y 598 CCOM).[298]

4) En los seguros de accidentes personales y en los demás del artículo 601 CCOM, obligación de no agravar el riesgo y dar noticia al asegurador de las circunstancias que lleguen a su conocimiento (artículo 524 Nº 5 CCOM). Sobre estas materias se trata en los parágrafos 66.4, 68.10, 95.5 y 98.9 de este libro.

5) Aunque pesa realmente sobre el beneficiario más que sobre el asegurado, una vez tomado conocimiento, aparece la carga de notificar al asegurador tan pronto sea posible de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro (artículos 524 Nº 7 y 596 inciso 2º CCOM). Sobre estos asuntos se trata en los párrafos 86.6, 88, 89.3 y 98.6 de este libro.

Un resumen de las principales cargas y obligaciones del asegurador de personas comprende:

1. Carga de información previa (artículo 514 CCOM).[299]

2. Carga de entrega de la póliza (artículo 519 CCOM).[300]

3. Obligación de asesoría (artículo 529 número 1º CCOM).[301]

4. Obligación de indemnizar los riesgos descritos en la póliza (artículos 529 Nº 2 y 530 CCOM).[302]

---

[298] Para el caso del suicidio, véase 89.5. En los seguros de salud y de accidentes, véase 95.7. Sobre las heridas autoinferidas y para el concepto de accidente, véase 95.3.

[299] Véase *supra* 46.

[300] Véase *infra* 80.

[301] Véase *supra* 46 y 52, y la NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2017.

[302] Véase *infra* 64.

61. REQUISITOS O ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE SEGUROS DE PERSONAS Y DIFERENCIAS CON LOS SEGUROS DE DAÑOS

El artículo 521 CCOM, ubicado en las "normas comunes a todo seguro", dispone: "Nulidad. Son requisitos esenciales del contrato de seguro, el riesgo asegurado, la estipulación de una prima y la obligación condicional de indemnizar".

Consideramos que, además de los elementos señalados en el artículo 521 CCOM, en los seguros de personas el interés asegurable concurre también como un requisito esencial del contrato, tal como se colige del artículo 513 letra n) CCOM y, muy especialmente, del artículo 589 CCOM.[303]

62. EL RIESGO ASEGURADO EN LOS SEGUROS DE PERSONAS

La ley define "riesgo" como "la eventualidad de un suceso que ocasione al asegurado o beneficiario una pérdida o una necesidad susceptible de estimarse en dinero" (artículo 512 letra t) CCOM). En el capítulo introductorio hemos abordado con algún detalle la antigua discusión sobre la posibilidad de estimación en dinero de la vida[304] o de los miembros del cuerpo humano, así como de la integridad física y/o psíquica. Hoy, pensamos, con el desarrollo del seguro de fallecimiento y de accidentes en Chile y la nueva regulación, esa antigua querella, aunque interesante para la discusión doctrinal e incluso para formular eventuales críticas a la definición legal de riesgo, debe darse por superada.

La ausencia de un riesgo asegurado acarrea la anulabilidad por nulidad absoluta del contrato (artículo 521 inciso 2º CCOM). En los seguros de personas, la eventualidad que supone todo riesgo asegurable denota, por cierto, el esencial carácter aleatorio del contrato de seguro y, en tal sentido, no puede haber verdadero seguro sin una asunción real de un riesgo.[305]

---

[303] CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 102.

[304] PLANIOL, Marcel (1921), p. 673.

[305] PROVOST, Magalie (2009), pp. 138 y, especialmente, 161-163.

Aun cuando nos referiremos en detalle a esta cuestión al tratar de los seguros de personas en particular, son riesgos "de personas" en nuestra legislación los que recaen sobre la vida, la salud y/o la integridad personal. Los que recaen sobre la salud y algunas modalidades de reembolsos médicos por accidentes personales, a su vez, pueden ser seguros o riesgos "híbridos", pues son patrimoniales en cuanto lo que se asegura es el riesgo de tener que soportarlos en dinero.[306]

Cada vez que se contrata un seguro de personas debe señalarse precisamente cuál es el riesgo asegurado por ese determinado contrato y deberá detallarse con precisión él o los riesgos que se transfieren al asegurador. En consecuencia, los riesgos aceptados por el asegurador se deben entender asumidos por éste.[307] Con la misma claridad deberán señalarse aquellos riesgos excluidos, sujetos a franquicia, deducibles, o los que quedan circunscritos por garantías u otras modalidades del negocio.[308]

Para circunscribir el riesgo en los seguros de personas durante la etapa preconvencional, el legislador obliga al asegurador en los términos del artículo 514 CCOM, que exige enviar al contratante toda la información relevante por escrito, entre la que se cuentan "los riesgos cubiertos y las exclusiones".[309] En lo que corresponde al contratante o al asegurado, en su caso, el riesgo se circunscribirá con la declaración de riesgo por cuestionario de los artículos 524 Nº 1 y 525 CCOM, a la que deben adicionarse las declaraciones de salud y al derecho del asegurador de exigir exámenes médicos (artículo 590 CCOM).

---

[306] Sobre esta particularidad del seguro de salud y su reconocimiento en el artículo 601 CCOM, véase *supra* 98.3.

[307] Se trata de un requisito mínimo exigido por el legislador en toda póliza (artículo 518 Nº 4 CCOM).

[308] Para la delimitación del riesgo en los seguros de personas, véase *infra* 62.1.

[309] El artículo 514 CCOM exige que el asegurador informe las exclusiones. La Directiva de Autorregulación Nº 3/2014, del Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguro, y las "carátulas tipo", aprobadas conforme a dicha Directiva, disponen que en las mismas carátulas deberá informarse la existencia de exclusiones y el artículo preciso de la póliza en donde éstas se encuentran.

De esta forma, una vez que el asegurador cuente con todas las circunstancias para apreciar correctamente la extensión de los riesgos, podrá asumirlos total o parcialmente. También podrá decidir no asumirlos.

Todo asegurador de personas debe tomar en consideración, además de la obligación de claridad general que sobre él pesa al redactar las pólizas,[310] la delimitación contractual del riesgo, de manera que el contrato quede perfectamente equilibrado y tarificado, pues el artículo 530 CCOM dispone: "El asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas por ella". La mención de los riesgos que se transfieren al asegurador es, por ello, un requisito mínimo de las pólizas contemplado en el artículo 518 CCOM y, una vez que este documento sea emitido, el asegurador tiene vedado alegar un eventual error de hecho (artículo 515 inciso 3º CCOM).

62.1. Efecto legal de la falta o insuficiencia de la determinación del riesgo

El artículo 521 CCOM sanciona con la nulidad absoluta la ausencia de un riesgo asegurado, pues se trata de una exigencia de la esencia del contrato de seguro, de aquellas calificadas por el artículo 1444 CC como "sin las cuales el contrato o no produce efecto alguno o degenera en otro distinto".

La falta absoluta de un riesgo no es lo mismo que la falta de determinación o de especificación de un riesgo. En los seguros de daños es conocida la distinción entre "seguros de riesgos especificados" y "seguros a todo riesgo",[311] distinción que no aparece en la experiencia de los seguros de vida, accidentes o salud.

En los seguros de personas puede suceder que se pacte un seguro simplemente "de fallecimiento", o "de enfermedad", sin mayor determinación o especificación. Incluso, dentro de la nominación o delimitación del riesgo, puede ocurrir que se señale como cubierta una enfermedad o afección, sin

---

[310] Sobre la obligación de claridad y las consecuencias de la infracción a esta obligación, véase *infra* 72.

[311] Con referencia a la historia de la ley, véase RÍOS, Roberto (2015), "Comentario al artículo 530", en *Comentarios*, p. 365.

mayores distinciones, como "cáncer", "infarto", "accidente", etcétera. En los ejemplos antes mencionados, las partes han pactado un riesgo asegurado en los términos del artículo 521 CCOM, pero este riesgo no se encuentra correctamente o suficientemente delimitado en la póliza, conforme lo dispone el inciso 1º del artículo 530 CCOM.[312] En tal situación, lejos de permitirse su anulabilidad, el contrato de seguro es plenamente válido, pues no falta el riesgo, sino que éste solamente aparece insuficientemente determinado, delimitado o especificado.[313]

Para los casos en que existe un riesgo asegurado, pero aparece insuficientemente determinado, el legislador manda a ejecutar el contrato de una manera especial, muy consistente con las reglas de claridad exigidas a las pólizas. Así, el artículo 530 inciso 2º CCOM dispone: "A falta de estipulación, el asegurador responde de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvo los excluidos por la ley".

No es extraño que el legislador se refiera a la "naturaleza" de una obligación para regular los efectos de la ejecución de las obligaciones de las partes. De hecho, el artículo 1546 CC, relativo a la ejecución de los contratos (que manda ejecutarlos de buena fe), señala que éstos deberán ejecutarse atendiendo no sólo "a lo que en ellos se expresa, sino a las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella". La regla legal del artículo 530 inciso 2º CCOM es, en esencia, una regla de ejecución de buena fe del contrato de seguro, entendida, a nuestro juicio, como la descrita en el artículo 16 letra g) LPDC, vale decir, la que obliga a ejecutar la obligación según su finalidad o naturaleza, sin que sea lícito al asegurador escudarse en la falta de determinación del riesgo para no responder.[314]

---

[312] Para la delimitación del riesgo, véase Bataller, Juan; Latorre, Nuria, y Olavarría, Jesús (2007), *Derecho de los seguros privados*, Madrid, Marcial Pons, p. 252.

[313] Para ciertos efectos de la falta de determinación del riesgo, *ibid*.

[314] Sobre el artículo 1546 CC, la Excma. Corte Suprema, 26 de septiembre de 2007, ingreso Nº 4003-2005, ha fallado que "los individuos que acuerdan determinada relación contractual deben prever, en su fuero interno, que ella producirá los efectos propios y usuales que engendra normalmente una relación semejante, y esto es la *bona fides*". Una manifestación de esta regla aparece, además, en el artículo 3º letra e) inciso 3º del D.F.L. Nº 251, que manda interpretar las cláusulas oscuras de una póliza contra el asegurador. Sobre esto último, véase *infra* 72.

Si la póliza no es clara en la delimitación del riesgo, además de la regla general de interpretación contra el redactor que ordena el artículo 3º letra e) D.F.L. Nº 251, el asegurador no sólo debe responder, sino que eventualmente tendrá que responder de más, pues el artículo 530 CCOM entiende que deberá darse cobertura a todos los riesgos que correspondan "a la naturaleza" de la póliza, con excepción de que se encuentren excluidos por ley. Lo anterior exige del asegurador un deber de profesionalidad al suscribir riesgos, debiendo delimitarlos competentemente bajo sanción de hacerlo responsable de más que lo que tarificó.

63. Estipulación de una prima

La existencia de un pacto de prima, o estipulación de una prima, es también un requisito de la esencia del contrato de seguro (artículo 521 CCOM). A partir de esta obligación puede constatarse con toda claridad la bilateralidad obligacional presente en el contrato de seguro. En efecto, y como afirman Picard y Besson, entre la prima y el riesgo existe una correlación necesaria.[315] Esta correlación, evidentemente, es la que determina la calidad de sinalagmático del contrato de seguro.

La ley define prima, en el artículo 513 letra s) CCOM, como "la retribución o precio del seguro". A su turno, el artículo 512 CCOM señala: "Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos *a cambio del pago de una prima*...", lo que denota más bien una preocupación por el pago más que por la estipulación propiamente dicha. Con todo, bastará que la prima esté estipulada para que, concurriendo los demás requisitos del contrato, surjan las obligaciones de las partes.

El artículo 527 CCOM, ubicado entre las normas comunes a toda clase de seguros, dispone: "El asegurador gana la prima desde el momento en que los riesgos comienzan a correr por su cuenta, y tendrá derecho a percibir o retener su totalidad en caso de que fuera procedente la indemnización por un siniestro de pérdida total, o finalizase la vigencia de acuerdo con el artículo 523. Convenida la vigencia de la cobertura por un plazo determinado, la prima se devengará proporcionalmente al tiempo transcurrido".

---

[315] PICARD, Maurice y BESSON, André (1964), p. 39.

Es preciso recordar que, entre la información previa requerida al asegurador por el artículo 514 CCOM, se encuentra precisamente la de remitir al tomador, por escrito, el valor de la prima o el método para calcularla. Igualmente, la prima del seguro, el tiempo, lugar y forma de pago figuran como uno de los requisitos mínimos de las pólizas. Finalmente, la Circular Nº 2.123 (II.1) requiere el desglose de la prima "en carácter informativo". Se trata, en síntesis, de la manifestación en la ley especial de la obligación de todo proveedor de entregar al consumidor un desglose pormenorizado de todos los cargos, comisiones, costos y tarifas que expliquen el valor efectivo de los servicios establecido en el artículo 17 B, letra a), LPDC.

63.1. La prima puede consistir en dinero, en especies o en un hecho estimable en dinero

Según indica el inciso 2º del artículo 527 CCOM, "la prima puede consistir en una cantidad de dinero, en la entrega de una cosa o en un hecho estimable en dinero". Así, desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.667, la estipulación de prima puede tener por objeto lícito un dar (*dare*) una cosa mueble o inmueble, pero también un hacer (*facere*) en la medida en que ese hecho sea estimable en dinero.

Nada impide, por cierto, que la prima de un seguro se pueda pactar en parte en dinero, en parte en un hecho estimable en dinero y/o en parte en la entrega de cosa.

A falta de determinación legal, pueden pactarse válidamente como prima en un seguro tanto las cosas corporales (muebles o inmuebles) como las incorporales, vale decir, las que consisten en derechos reales o personales (artículos 565 y 576 CC). Si se pacta un hecho que sea estimable en dinero, el objeto del *debitum* consiste en una cosa mueble (artículo 581 CC).

Un análisis histórico muestra que el actual artículo 527 inciso 2º CCOM se encuentra en consonancia con el antiguo artículo 543 CCOM.[316] La Ley Nº 20.667 ha revivido el texto original del Código de Ocampo, que había sido derogado tácitamente por el artículo 10 D.F.L. Nº 251 (agregado el 10

[316] Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 513 letra s", en *Comentarios*, p. 145.

de enero de 1980 por el D.L. Nº 3.057), que limitaba el pago de las primas a dinero y que, además, debía expresarse en Unidades de Fomento.[317] Desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.667, el mencionado artículo 10 del D.F.L. Nº 251 queda, a su vez, tácitamente derogado y las primas en Chile pueden volver a ser pactadas en dinero o especies, aunque también en hechos que se deben.

Por ejemplo, en un contrato de seguro de renta vitalicia no previsional, el asegurador puede pactar y recibir como prima única un determinado bien raíz, obligándose a pagar una pensión vitalicia al beneficiario designado en la póliza, según los términos y modalidades del contrato.[318]

63.2. Momento y lugar del pago de la prima

La ley indica que, salvo pacto en contrario, el pago de la prima "se hará al entregarse la póliza, el certificado de cobertura o el endoso, según corresponda, y deberá hacerse en el domicilio del asegurador o en el de sus representantes, agentes o diputados para el cobro" (artículo 527 inciso 3º CCOM).

Entre los diputados para el cobro aparecen los corredores de seguro, quienes cuentan entre sus facultades del artículo 10 del D.S. Nº 1.055 la de (Nº 6) "Remitir a la compañía aseguradora las primas…".

Pensamos que las normas sobre momento y lugar del pago de la prima son un buen ejemplo de reglas que las partes pueden libremente disponer con total autonomía de la voluntad, siempre que la norma legal sea modificada en beneficio del contratante (artículo 542 CCOM).[319] Así, una disposición que permita al contratante pagar la prima por medios electrónicos, o en el

---

[317] Artículo 10: "El monto de los seguros, de las primas y de las indemnizaciones, se expresará en unidades de fomento, a menos que los contratos respectivos se pacten en moneda extranjera con arreglo a las disposiciones legales vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá autorizar, mediante norma de carácter general, que se pacten en otros sistemas de reajustabilidad o en moneda de curso legal...".

[318] Sobre la prima y su pago en la renta vitalicia previsional, véase *infra* 93.4.

[319] Antes se ha pronunciado en este idéntico sentido Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 513 letra s", en *Comentarios*, quien también considera que el artículo 527 CCOM tiene carácter dispositivo.

lugar de su propio domicilio, o de cualquier forma que le facilite el pago, es perfectamente válida y no afecta la imperatividad normativa del artículo 542 CCOM. Lo mismo si se pactara que la prima deba ser pagada en un momento posterior a la entrega de la póliza, el certificado o de un endoso.

63.3. Proporcionalidad de la prima en el régimen de la Ley Nº 20.667[320]

El artículo 527 CCOM, ubicado dentro de las "normas comunes a todo seguro", dispone que el asegurador gana la prima "desde el momento en que los riesgos empiezan a correr por su cuenta", esto es, desde que asume el riesgo de muerte, de muerte accidental, de daños físicos o psíquicos, de sobrevivencia, de accidente, o de responder por las prestaciones de salud del asegurado.

Esta "ganancia" de prima a favor del asegurador no es íntegra, como lo era en el régimen original del Código de Ocampo.

La disposición del antiguo sistema normativo señalaba, sin más, que el asegurador ganaba "irrevocablemente la prima desde el momento en que los riesgos comienzan a correr por su cuenta" (antiguo artículo 542 CCOM). El régimen del actual artículo 527 CCOM inciso 1º parte final, en cambio, dispone: "Convenida la vigencia de la cobertura por un plazo determinado, la prima se devengará proporcionalmente al tiempo transcurrido".

De hecho, basta una somera revisión de la ley para identificar varios casos en que se ordena al asegurador la restitución de prima no devengada y no ganada. Tales son: 1) el artículo 517 inciso 5º CCOM, que, para el caso de los seguros colectivos que fueran modificados por el asegurador, permite la renuncia del asegurado dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación;[321] 2) el artículo 520 CCOM, que ordena restituir la prima no devengada en caso de cesación del interés ase-

---

[320] Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 527", en *Comentarios*, p. 324, con cita a Osvaldo Macías y a la Circular Nº 2.114 de la SVS. El Oficio Ord. Nº 5.609 de la SVS señaló que sólo se aplica a los seguros contratados bajo el régimen de la Ley Nº 20.667.

[321] Véase *supra* 58.

gurable durante la vigencia del contrato, y el artículo 598 CCOM, en caso de contratarse un seguro de personas sin que medie un interés asegurable (aunque en este caso se permite retener los gastos si el asegurador obró de buena fe);[322] 3) los artículos 526 inciso 5º y 536 CCOM, sobre devolución de la prima no ganada en caso de agravación no dolosa del riesgo y de extinción y disminución de los riesgos, las que sólo tendrán importancia en los seguros de accidentes personales y en los del artículo 601 CCOM; 4) el artículo 537 CCOM, en caso de terminación anticipada del seguro;[323] 5) el artículo 538 CCOM, en caso de retracto de un contrato de seguro celebrado a distancia[324], y 6) el artículo 540 CCOM, en caso de quiebra del asegurador.[325]

La forma y plazos para la devolución de la prima "pagada y no ganada" han sido establecidos por el regulador en la Circular Nº 2.114, de 26 de julio de 2013.[326]

---

[322] Sobre este derecho, véase *infra* 65.11.

[323] Véase *infra* 95.5.

[324] Véase *supra* 56.15.

[325] Véase *infra* 68.16.

[326] La Circular Nº 2.114 de 2013 dispone: "Cuando por término anticipado o extinción de un contrato de seguro proceda la devolución de la prima pagada no devengada, la compañía aseguradora deberá poner la suma a disposición de quien corresponda, dentro del plazo de 10 días hábiles de haber tomado conocimiento del término del seguro. La compañía deberá informar, a quien corresponda, acerca de la existencia de la suma a su disposición, dentro del plazo antes indicado.

La prima pagada no devengada será devuelta al asegurado o contratante, según quien la hubiera soportado en su patrimonio. Si todo o parte de la prima hubiera sido financiada por un beneficio del Estado, se devolverá a la entidad que corresponda la parte de la prima pagada no devengada que financió.

La prima a devolver se calculará en proporción al tiempo no transcurrido, sin efectuar ninguna deducción, esto es, comprenderá toda suma que se haya pagado con ocasión del seguro, independientemente de la causa, motivo u objeto por la que fue pagada, salvo excepciones legales.

Tratándose de la terminación de seguros que contemplen cuenta única de inversión, se devolverán conjuntamente con el valor ahorrado, los costos de cobertura y otros gastos pagados no devengados.

La prima convenida en Unidades de Fomento u otra unidad de reajuste autorizada por la Superintendencia, se devolverá según el valor de dicha unidad a la fecha de su pago efectivo".

Finalmente, en los seguros pactados a plazo determinado, la prima se gana proporcionalmente al tiempo transcurrido de exposición al riesgo. El resto, en su caso, deberá restituirse al contratante (o a quien la haya soportado en su patrimonio) en los casos en que corresponda.

63.4. Casos en que es lícito retener la prima no devengada

El artículo 539 CCOM, ubicado entre las "normas comunes a todo seguro" y a propósito de la ineficacia del contrato, contempla una situación especial en que el asegurador puede siempre retener la prima.

Se trata de una retención legalmente validada a título de castigo o pena, pues se permite retener la integridad de la prima en manos del asegurador aunque no se hubiere devengado. Los casos son aquellos en que se pronuncia la nulidad del contrato de seguro, cuando el asegurado, a sabiendas, ha proporcionado al asegurador "información sustancialmente falsa" al momento de prestar la declaración guiada por cuestionario del artículo 524 Nº 1 CCOM. Vale decir, el asegurador puede retener la integridad de la prima si el asegurado falta dolosamente a su carga de sinceridad durante la etapa *in contrahendo*. Igual sanción tiene lugar si el contrato se resuelve cuando el asegurado ha incurrido en la misma conducta dolosa no en la etapa precontractual, sino que al reclamar la indemnización de un siniestro.[327]

63.5. Efectos del no pago de la prima

Según hemos revisado, la de pagar la prima es la obligación más importante que pesa sobre el contratante. El artículo 524 Nº 3 CCOM obliga al contratante (o eventualmente al asegurado) a "pagar la prima en la forma y época pactadas".[328]

Los seguros de personas que contengan obligación de pago de prima terminan por la operación del mecanismo contemplado en el artículo 528 CCOM. La norma dispone que el seguro termina "a la expiración del

[327] Sobre esta clase de terminación del seguro, véase *infra* 68.8.

[328] Véase *supra* 63 y, especialmente, 63.2.

plazo de 15 días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado" (aunque debería decir "al contratante").

Como analizaremos en su oportunidad,[329] esta clase de expiración del contrato opera *ipso iure*. Pero para poder operar, será necesario que se combinen los efectos de la mora en el pago del precio con los de la llegada de un plazo legal. Vale decir, no basta la mora del contratante, sino que es necesario que el asegurador cumpla con la carga de enviar una comunicación especialmente establecida por ley para notificar el término de la cobertura. La carga de envío de esta comunicación se establece con carácter imperativo, por lo que no es posible renunciarla en la póliza y sólo es posible poner término a la cobertura dando cumplimiento al sistema elaborado por el legislador.

Igualmente, sería necesario saber si el contratante puede enervar la terminación del contrato pagando las primas atrasadas dentro del plazo de 15 días o si, en cambio, el asegurador puede negarse a recibir el pago de la prima atrasada, generándose los efectos de la terminación legalmente prevista de todas maneras.[330] La cuestión, lamentablemente, no está solucionada en la ley.

63.6. Clases de prima

Aunque la ley define la prima como "la retribución o el precio del seguro" en el artículo 513 letra s) CCOM, tal precio se compone de diversas prestaciones, que suman lo que el contratante queda obligado a pagar en definitiva o "prima total".

La misma expresión "prima", en ocasiones, se utiliza para nombrar algunas prestaciones anexas al seguro, tales como los aportes extraordinarios a la cuenta única de inversión (CUI) en los seguros que la contienen, aun cuando, en rigor, no se trata de una retribución por la asunción del riesgo.

---

[329] Para la terminación del seguro por no pago de la prima, véase *infra* 68.12.

[330] Sobre la llamada "rehabilitación", véase *infra* 90.4.

Si bien las nomenclaturas pueden variar, particularmente entre las diversas compañías aseguradoras que ofrecen pólizas, las denominaciones más corrientes para las diversas categorías o tipos de primas son las siguientes:

a) *Prima pura, prima de riesgo o prima teórica*: La prima pura es el valor del riesgo.[331] Equivale, en consecuencia, al "riesgo que el asegurador asume: es el precio o la compensación del riesgo, calculado éste sobre una hipótesis estadística y una hipótesis financiera".[332] Simplemente, se trata del valor actuarial de asumir un determinado riesgo, sin que se agreguen aun los costos de comercialización, impuestos ni las utilidades del asegurador. Según el *Diccionario del Seguro*, de la Fundación Mapfre, "representa la unidad más simple y básica del concepto de prima, por cuanto significa el coste real del riesgo asumido por el asegurador, sin tener en cuenta sus gastos de gestión".[333] Se opone, como veremos a continuación, a la prima bruta, comercial o de tarifa.

b) *Prima bruta, comercial o de tarifa*: Según define el *Diccionario del Seguro*, de la Fundación Mapfre, "es la que aplica el asegurador a un riesgo determinado y para una cobertura concreta. Está formada, como elemento base, por la prima pura más los recargos para gastos generales de gestión y administración, gastos comerciales o de adquisición, gastos de cobranza de las primas, gastos de liquidación de siniestros más, en su caso, coeficiente de seguridad y beneficio industrial".[334]

c) *Primera prima*: Es aquella que se estipula como condición de eficacia del contrato. De esta manera, sólo una vez pagada la primera prima por el contratante, el asegurador asume los riesgos pactados en el seguro. Según se puede constatar con facilidad, más que un tipo de prima se trata de una modalidad del contrato de seguro. Como afirman Picard y Besson, los

---

[331] Picard, Maurice y Besson, André (1964), p. 40.

[332] Garrigues, Joaquín (1982), p. 104.

[333] *Diccionario del Seguro Mapfre*, s. v. "Prima pura" (*risk premium*).

[334] Técnicamente también existe la llamada "prima de inventario", que considera la prima pura más los gastos de gestión. Asimismo, existe la prima total, que es la que finalmente debe soportal el contratante y que consiste en la prima comercial más algún gravamen extraordinario que pueda proceder.

efectos del contrato quedan subordinados a la adquisición de la prima por el asegurador[335] y, antes del pago, el asegurador no asume riesgo alguno.

El problema de la "primera prima" es complejo de abordar en un régimen de contratación consensual del seguro y de imperatividad normativa. En efecto, si la ley señala que el contrato de seguro se forma desde que hay acuerdo en sus elementos o requisitos esenciales, establecidos en el artículo 521 CCOM (y tal norma es imperativa o irrenunciable en los términos del artículo 542 CCOM), una cláusula que permita desfasar la entrada en vigor del contrato hasta el momento de verificarse un pago, convirtiendo de paso al seguro en contrato real, podría devenir en una cláusula de dudoso valor legal. Más aún, la ley ha sido precisa en exigir la estipulación de una prima (y no su pago) como requisito esencial del contrato, por lo que resulta complicado abogar por la validez de esta clase de cláusulas en el ordenamiento mercantil chileno actualmente vigente.[336]

d) *Prima única*: Es la que se paga anticipadamente, de una sola vez y por una sola vez, sin que deban soportarse por el contratante más pagos de prima por el resto de la duración del seguro. Son típicamente primas únicas las de toda clase de rentas vitalicias previsionales y no previsionales.[337] La prima única se opone a la "prima fraccionada" y a la "prima periódica".

e) *Prima fija*: Se llama prima fija a la que no varía a lo largo de la vigencia del contrato sobre la base de determinadas circunstancias. Se distingue de la prima variable.

f) *Prima nivelada o uniforme*: Es la prima cuyo precio, por razones comerciales, permanece invariable durante toda la vigencia del seguro. Es utilizada en los seguros de largo plazo, particularmente en el seguro de vida entera y se calcula "con la finalidad de evitar las dificultades prácticas y económicas derivadas del hecho que el índice de mortalidad aumenta con

---

[335] PICARD, Maurice y BESSON, André (1964), p. 79.

[336] Una forma (de complicada legalidad) para salvar el problema planteado es convirtiendo el pago de la primera prima en una condición de asegurabilidad. Como tal, debe ser informada claramente al cliente en la fase *in contrahendo*, sea que se contrate presencialmente o a distancia, individual o colectivamente, de manera de dar cumplimiento a los deberes de información, claridad y conducta de mercado exigibles a aseguradores y corredores.

[337] Véase *infra* 93.1, 93.3 y 93.4.

la edad del individuo".[338] Se distingue de las primas creciente y decreciente, en cuanto éstas aumentan o decrecen conforme pasa el tiempo.

g) *Prima adicional*: Se denomina así a la parte de la prima periódica destinada exclusivamente a aumentar la cuenta única de inversión en los contratos que la contienen. Se distingue de la llamada "prima mínima", contemplada en ese mismo tipo de contratos, cuyo objeto es simplemente mantener vigente el seguro mediante el pago de la retribución básica pactada por el riesgo.[339]

h) *Prima extraordinaria o aporte extraordinario*: En los seguros con cuenta única de inversión (CUI), se llama prima extraordinaria al aporte que, en cualquier tiempo y dentro de los términos y oportunidades establecidos en el contrato, puede hacer el contratante con el objeto de incrementar el "valor póliza". Normalmente, se limitan a una cierta cantidad de oportunidades en el año calendario y los aseguradores suelen cobrar para sí un porcentaje importante del aporte.

i) *Sobreprima, prima complementaria o adicional*: Es la prima que es necesario satisfacer para compensar un agravamiento del riesgo notificado por el asegurado o contratante. Se distingue de la "prima base".

64. La obligación de indemnizar en los seguros de personas

La obligación condicional de indemnizar es un requisito esencial del contrato de seguro (artículo 521 CCOM).

La obligación de indemnizar –la más importante obligación del asegurador– nace en el caso en que se produzca un siniestro cubierto por la póliza, como lo manifiesta claramente el artículo 529 Nº 2 CCOM. En el seguro de vida, la ley establece con claridad que el derecho del beneficiario a la indemnización nace con el siniestro previsto en la póliza, y ello puede extrapolarse con facilidad a todo otro tipo de seguro de personas por la simple aplicación del artículo 588 CCOM.

---

[338] Contreras, Osvaldo (2014), p. 653. Sobre esta clase de prima, véase *infra* 89.12.

[339] Véase *infra* 89.12.

Como hemos revisado al analizar la determinación del riesgo, el inciso 2º del artículo 530 CCOM contiene una regla de aplicación del contrato en el caso en que las partes no hayan limitado o determinado el riesgo, o lo hayan hecho de una manera incompleta. En tal caso, el asegurador responderá "de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvo los excluidos por la ley". En este sentido, el monto de la obligación de indemnizar está determinado con prioridad por la voluntad de las partes, pero, a falta de una limitación o determinación, la ley manda operar cánones de interpretación que funcionan sobre la base de atender a la "naturaleza de la obligación".[340]

En el caso de los seguros de daños, el artículo 563 CCOM señala que el asegurador debe indemnizar el siniestro "en dinero, a menos que se haya estipulado que pueda hacerlo mediante la reposición o reparación de la cosa asegurada". Sin que haya una "cosa asegurada" que reponer en los seguros de personas, no puede aplicarse una regla como la establecida en el artículo 563 CCOM.[341]

En los seguros de personas no aparece una regla especial sobre la forma de proceder a la indemnización, como sí la establece la ley para los seguros de daños. Cuando el legislador aborda el concepto de seguro de personas y la caracterización de cada uno de ellos (artículo 588 CCOM), establece tangencialmente las reglas sobre la forma de proceder a la indemnización.

Para el seguro de vida, la ley señala que el asegurador debe "pagar una suma de dinero". En igual sentido del artículo 596 CCOM, se colige que las indemnizaciones en los seguros de vida consisten en "un monto" y que, por ello, se trata de obligaciones de dar una cantidad de dinero. La cuantía de este monto, a diferencia de lo que ocurre en los seguros de daños, está limitada exclusivamente por la convención.[342]

En el caso de la renta vitalicia, que es una modalidad del seguro de vida, el mismo artículo 588 CCOM, en su inciso 3º, dispone que la obligación

---

[340] Véase *supra* 62.1.

[341] Sobre la naturaleza de la prestación, véase PICARD, Maurice y BESSON, André (1964), p. 46.

[342] *Ibid*., p. 47.

que contrae el asegurador es de pagar "una renta" y el artículo 2267 inciso 2º CC, referido al contrato civil de renta vitalicia, dispone que "la pensión no puede ser sino en dinero".

Finalmente, en los seguros de salud cuya cobertura sea patrimonial, la obligación de indemnizar se caracteriza legamente como la de pagar los gastos en que el asegurado incurra. Con todo, y como esta clase de seguros de salud participa, según dispone el artículo 601 CCOM, de la calidad de seguros patrimoniales y por ello de daños, el contrato podría estipular una indemnización cuyo objeto sea un hecho, como si se pactara una determinada atención, o incluso una cosa, como si se pactara el suministro de una determinada prótesis (no su valor).[343] La obligación de indemnizar pactada en estos últimos términos en el seguro de salud cumple con los estándares del artículo 563 CCOM. Los llamados seguros (o coberturas) de asistencia claramente obligan al asegurador a hacer (*facere*), lo que las compañías suelen cumplir por medio de terceras personas, determinadas en el mismo contrato o en instrumentos anexos.

En los seguros de accidentes personales, la obligación de indemnizar no aparece definida exclusivamente como un pago monetario, por lo que, en el caso en que contemplaran reembolsos o asistencias, debe seguirse lo ya dicho para los seguros de salud.

En general, tanto para las liquidaciones directas o independientes que no sean objeto de impugnación los artículos 26 inciso 3º y 27 del D.S. Nº 1.055, la compañía de seguros deberá proceder a su pago en el plazo máximo de seis días, salvo que la póliza disponga un plazo distinto, el cual, en todo caso, no podrá exceder de los seis días señalados anteriormente en el caso de pólizas depositadas en la superintendencia (hoy CMF), como son todas las pólizas de seguros de personas. En el mismo plazo máximo de seis días, el asegurador debe poner a disposición del asegurado (o del beneficiario, más bien) la suma no disputada, si la hubiere.

[343] Los llamados seguros de asistencia sanitaria se caracterizan, por ejemplo, por contemplar la obligación de concurrir a una prestación, como puede ser un transporte en ambulancia, helicóptero, provisión de exámenes en el exterior o en determinado centro asistencial, etc., por lo que no se trata, necesariamente, de obligaciones de dar.

Tratándose de los pocos supuestos en que un seguro de personas no tenga contemplado un pago en dinero, sino que la obligación del asegurador deba ser satisfecha por medio de otra modalidad de pago, la prestación se debe realizar dentro del plazo "indispensable para cumplirla", según su naturaleza y conforme a lo previsto en el contrato[344].

64.1. Obligación de indemnizar en caso de pluralidad de causas del siniestro

El artículo 533 CCOM, ubicado en las normas comunes para todo tipo de seguro, dispone: "Si el siniestro proviene de varias causas, el asegurador será responsable de la pérdida si cualquiera de las causas concurrentes corresponde a un riesgo cubierto por la póliza".

La regla anteriormente expuesta supone que existe un siniestro que proviene de causas concurrentes y, a diferencia de lo que pretendía el proyecto presentado al Congreso,[345] hace responsable al asegurador por el total de la indemnización si concurre cualquiera de las causas que hayan contribuido a la producción del siniestro, aunque sea en una parte ínfima y aunque las demás causas concurrentes no formen parte de la cobertura.

64.2. Obligación de indemnizar siniestros iniciados durante la vigencia de un seguro de personas, pero que continúan una vez expirada la cobertura (artículo 532 CCOM)

Una cuestión muy común, particularmente en los seguros de salud, es que un siniestro principie durante la vigencia del seguro, pero continúe

---

[344] Se aprecia que se aplican las reglas del plazo tácito del artículo 1494 inciso 1º CC.

[345] El texto presentado al Congreso decía algo opuesto: "Art. 533. Causa del siniestro. Se entiende por causa del siniestro aquella que lo ha provocado en forma directa y necesaria. Si el siniestro proviene de varias causas, el asegurador será responsable de la pérdida si la causa principal o determinante corresponde a un riesgo cubierto por la póliza. Si no fuere posible establecer la causa principal y si alguna de las causas concurrentes no constituye un riesgo amparado por el asegurador, éste será responsable del siniestro sólo en la proporción en que racionalmente se pueda atribuir la pérdida a la causa cubierta por el seguro". El nuevo texto fue reemplazado en virtud de las Indicaciones del Ejecutivo de 23 de julio de 2010, según se lee de la *Historia de la Ley*, p. 47.

después de expirada la cobertura pactada. El legislador ha dado una solución imperativa a esta situación en el artículo 532 CCOM, señalando: "Si el siniestro se iniciare durante la vigencia del seguro y continuare después de expirada, el asegurador responderá del importe íntegro de los daños". La regla es, evidentemente, de causalidad.

La misma norma señala a continuación: "Pero si principiare antes y continuare después que los riesgos hubieren comenzado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable del siniestro".

Con el objeto de delimitar la exposición al riesgo frente a la regla del artículo 532 CCOM, cuya aplicación puede conducir a resultados excesivamente onerosos, resulta fundamental que el asegurador establezca con claridad lo que se entenderá por siniestro o evento, debiendo fijar las consecuencias inmediatas de las que se hará cargo y aquellas que deben quedar fuera de la cobertura del contrato.

64.3. Presunción de cobertura. Efecto

El artículo 531 CCOM, también ubicado en las normas comunes a todo seguro, dispone que el siniestro "se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador". La antedicha es una presunción simplemente legal, cuyo efecto es el de invertir el peso de la prueba en juicio, en perjuicio el demandado.

De esta forma, en una acción de cumplimiento de contrato de seguro intentada por un determinado beneficiario, tocará al demandado (la compañía aseguradora) acreditar que el siniestro ha sido causado por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias según el contrato o la ley (artículo 531 inciso 2º CCOM). Si el asegurador no es capaz de desvirtuar la presunción, deberá soportar las consecuencias patrimoniales del siniestro en los términos pactados en el contrato.

Un caso corriente es que el asegurador siempre deberá acreditar la efectividad de la concurrencia de una exclusión o de una enfermedad o situación de salud preexistente. Para ello podrá acompañar en el respectivo juicio los exámenes médicos o la declaración personal de salud que fue llenada por el propio contratante o asegurado durante la etapa *in contrahendo*.

Aun cuando parezca procesalmente contradictorio, nada impediría que el juez, o el árbitro, en uso de las facultades probatorias que le otorga especialmente el artículo 543 CCOM (Nº 2), pueda decretar de oficio alguna diligencia que estime conveniente para acreditar la cobertura o, al contrario, la concurrencia de una exclusión.

Finalmente, podría pensarse que la presunción de cobertura del artículo 531 CCOM contradice la regla que impone como obligación del asegurado "acreditar la ocurrencia del siniestro, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias" (artículo 524 Nº 7 CCOM). Una lectura más detenida de ambas normas arroja que una cosa es acreditar el siniestro (carga que pesará siempre sobre el demandante), y otra muy distinta es dar efecto a la presunción judicial de cobertura. De esta manera, sólo acreditado el siniestro (la muerte, la sobrevivencia, un determinado accidente, etc.) regirá la presunción de cobertura.

65. Interés asegurable: Esencialidad de su concurrencia en los seguros de personas

Una de las cuestiones más complejas del derecho de seguros de personas, y muy particularmente en el seguro de vida, es el problema del interés asegurable,[346] bien se configure este interés como patrimonial, laboral o afectivo.[347]

El artículo 513 letra n) CCOM define interés asegurable como "aquel que tiene el asegurado en la no realización del riesgo, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 589 en relación a los seguros de personas". A su

[346] Contreras, Osvaldo (2006), "El interés asegurable. Su relevancia en el seguro", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros,* Nº 16, p. 45, lo identifica con "la preocupación de beneficiario de que el siniestro no ocurra".

[347] Las razones para exigir un interés en los seguros de contingencia (vida y accidentes) consistirían en evitar el *wagering* o clase de apuesta sobre un riesgo futuro cualquiera, en que ninguna de las partes tiene interés salvo en el propio contrato (como en *Hopkins v. Hopkins,* 614 A 2d 96,98). Otros sustentan la necesidad de un interés en evitar la supuesta tentación de causar daños intencionales, como se ve (aunque con críticas) en Clarke, Malcom *et al.* (2002), pp. 111 y ss. El asunto se remonta, en el derecho inglés, al *Life Insurance Act*, de 1774, como muestra Mac Gillivray, Evan James (2003), pp. 34 y s.

turno, el artículo 520 CCOM, ubicado dentro de las normas comunes a todo seguro, exige que "el asegurado deba tener un interés asegurable, actual o futuro, respecto del objeto del seguro. En todo caso es preciso que tal interés exista al momento de ocurrir el siniestro. Si el interés no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro, el contrato terminará y el asegurado tendrá derecho a la restitución de la parte de la prima no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no corrido".

Como se aprecia, tanto el artículo 513 letra n) como el 520 CCOM suponen que, en los seguros de personas, el interés requiere un tratamiento diverso al dispuesto para los seguros de daños. Ello se manifiesta con claridad en el reenvío que hace el artículo 513 letra n) al artículo 589 CCOM.[348] Asimismo, es claro que el artículo 520 CCOM se refiere expresamente al "objeto del seguro", lo que evidencia una preferencia por los seguros de daños, acaso impropia, si tenemos en consideración que se trata de una norma establecida expresamente en las reglas aplicables a toda clase de seguros.

Como se sabe, el artículo 521 CCOM, también situado dentro de las reglas comunes a todo seguro, no consideró al interés asegurable como un requisito esencial del contrato de seguro, pues exige que éste debe concurrir al momento del siniestro.[349] Con ello, se modificó la regla del antiguo y derogado artículo 518 del Código de Ocampo, que incluía al interés expresamente como un elemento esencial del contrato.

Pensamos que los textos legales disponibles apuntan a que, pese a lo dispuesto en el artículo 521 CCOM, en el caso de los seguros de personas el interés asegurable es un requisito *ab initio* del contrato, sin el cual el contrato deviene en absolutamente nulo.

Es el propio artículo 589 CCOM el que da un tratamiento especial a esta institución para los seguros de personas. Señala que esta clase de seguros *pueden ser contratados* sólo si media un interés, el que se entiende siempre concurrir en el asegurado y se exige especialmente (y por escrito) en el

[348] Contreras, Osvaldo (2014), p. 635, ya observa esta cuestión.

[349] En ese sentido, se equiparó la situación con lo que exige en el art. 1165 CCOM respecto de los seguros marítimos.

caso en que se contrate un seguro de vida sobre la cabeza de un tercero. Como se aprecia, y por las razones que van a expresarse más adelante, el artículo 589 CCOM exige naturalmente la presencia de un interés asegurable en el asegurado (como se colige de los artículos 513 letra n) y 520 CCOM), pero muy especialmente lo requiere del contratante.

65.1. Momento en que debe concurrir el interés

Resulta interesante destacar que, a diferencia de lo que ocurre en los seguros de daños, en los que el interés puede ser futuro (con tal que exista al momento del siniestro, según dispone el artículo 520 CCOM), en los seguros de personas el interés debe concurrir al momento de la contratación del seguro.[350] Vale decir, se debe tratar, por excepción, de un interés *ab initio*. Por supuesto, el interés debe mantenerse durante la vigencia del contrato y debe existir al momento del siniestro. Si por cualquier causa llegara a cesar, el seguro, que en principio fue válido, termina en virtud de lo prescrito en el artículo 520 inciso 2º CCOM.

La cuestión es tan importante para el legislador que se contempló la nulidad absoluta como sanción para los seguros de personas que se contrataren sin que aparezca el interés. Esta sanción civil, una vez operada, acarrea su natural efecto retroactivo, cuya consecuencia debe ser la devolución de la prima percibida por la compañía aseguradora, con excepción de un curioso derecho especial para retener "el importe de los gastos cuando el asegurador ha actuado de buena fe" (artículo 589 inciso final), al que nos referiremos más adelante.[351]

65.2. Formas en que puede concurrir el interés

La ley chilena dispuso en el artículo 589 CCOM una norma especial, centrada fundamentalmente en el seguro de vida con cobertura de

---

[350] CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 635. En el caso de la *Life Insurance Act*, de 1774, el interés debe concurrir al momento del contrato, pero no necesariamente al momento de la muerte, pues, como afirma MAC GILLIVRAY, Evan James (2003), p. 36, ello sólo es aplicable a los seguros de indemnización. Con todo, el interés debe ser avaluado, como opinan LAWRY, RAWINGS y MERKIN (2011), p. 184.

[351] Véase *infra* 65.9.

fallecimiento, que es el caso que produce más conflictos. Sin embargo, la exigencia de un interés *ab initio* debe entenderse aplicable a toda clase de seguros de personas, con la salvedad de aquellos seguros que otorguen las coberturas patrimoniales del artículo 601 CCOM, caso en el cual las normas aplicables serán los artículos 520 y 546 CCOM.

Para analizar esta materia es necesario fijar la atención en las reglas establecidas en el artículo 589 CCOM, que, como se señalaba, contempla un régimen muy estricto para el interés en los seguros de fallecimiento.

La norma señala:

"Artículo 589. Los seguros de personas pueden ser contratados por el propio asegurado o por cualquiera que tenga interés. El seguro de vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para el caso de muerte como para el de sobrevivencia o ambos conjuntamente.

En los seguros para el caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento escrito de este último, con indicación del monto asegurado y de la persona del beneficiario. No se podrá contratar un seguro para el caso de muerte, sobre la cabeza de menores de edad o de incapacitados.

Los seguros contratados en contravención a estas normas serán absolutamente nulos y el asegurador estará obligado a restituir las primas percibidas, pudiendo retener el importe de sus gastos, si ha actuado de buena fe".

Como entre nosotros constata Gallardo, "los seguros de personas no sólo cubren los riesgos de las personas que los contratan sino también a terceros…".[352] De ahí que, por ejemplo, un empleador puede tener interés en preservar la integridad y vida de sus trabajadores y un trabajador puede tener, a su vez, interés en la vida de su empleador.[353] En las relaciones entre familiares, el interés es más evidente y no es necesariamente patrimonial ni laboral. Todos quienes tengan interés en la preservación de la vida de una

[352] Gallardo, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 589", en *Comentarios*, p. 766.

[353] Lawry, Rawlings y Merkin (2011), p. 185.

persona, incluso un tercero, pueden, en consecuencia, contratar un seguro sobre la supervivencia o fallecimiento de esa persona.[354]

La ley actual, con cierta diferencia de lo que hacía el Código de Comercio en su texto original,[355] dispone que, cada vez que una persona que cuenta con un interés actual contrate un seguro de vida con cobertura de fallecimiento (no de sobrevivencia) cuyo riesgo asegurado sea la muerte de un tercero, deberá requerirse el consentimiento escrito de dicha persona, con indicación del monto asegurado y de la persona del beneficiario.[356]

65.3. El interés asegurable en el seguro de fallecimiento respecto de menores de edad y de "incapacitados"

La ley chilena prohíbe la contratación de seguros de fallecimiento (no de supervivencia ni otros seguros de personas) cuya contingencia sea la muerte de "un menor de edad o un incapacitado". Así se desprende del artículo 589 inciso 2º CCOM. La sanción a la vulneración de este precepto es la nulidad absoluta.

La redacción aparece como excesivamente apegada al modelo que le sirvió de fundamento, que es el artículo 83 inciso 7º de la Ley de Contrato de Seguros española. La citada ley utiliza (como varias otras) la voz "cabezas" pare referirse a las personas que pueden ser aseguradas de vida, tal como se desprende del artículo 83 inciso 2º LCS: "El seguro sobre la vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para caso

---

354 MAC GILLIVRAY, Evan James (2003), pp. 38-48.

355 El antiguo artículo 570 CCOM disponía que el seguro celebrado por un tercero puede realizarse sin noticia y consentimiento de la persona cuya vida es asegurada. Con todo, el artículo 518 del Código original exigía siempre capacidad legal en el asegurado, lo que debe leerse, sin embargo, en referencia al contratante, y calificaba como absolutamente nulo el seguro contratado contra las normas sobre interés.

356 La cuestión del consentimiento del sujeto es antigua y busca prevenir la apuesta consistente en la venta de seguros sobre la vida de terceros ["*they must stand in a close family or financial relationship with the person whose life is the subject of the policy*", como recalca CLARKE, Malcom *et al*. (2002), con cita a *Watson v Massachusetts Mutual Life Ins. Co.*, 140 F 2d 673, pp. 675-676)].

de muerte como para caso de supervivencia o ambos conjuntamente, así como sobre una o varias cabezas".

La voz "cabeza" es utilizada en el derecho comparado y, al revés de lo que se suele creer, ha sido utilizada anteriormente en la historia del derecho nacional para referirse al seguro de fallecimiento.[357]

Lo que, sin embargo, no nos parece adecuado, es el uso del adjetivo "incapacitado", pues se sabe que nuestro derecho ha preferido utilizar la palabra "incapaz" para referirse a las personas que por ley carecen de capacidad de ejercicio, como se desprende del artículo 1446 CC, entre otras múltiples disposiciones.[358]

65.4. Interés asegurable entre empleadores y empleados

De la lectura del artículo 589 inciso 2º CCOM se desprende que el derecho chileno acepta como válidos y con presencia de un interés asegurable los seguros de vida y de todo otro tipo de seguros de personas tomados por un empleador a favor uno o más de sus empleados o colaboradores. Evidentemente que, para el caso del seguro de fallecimiento, se requerirá el consentimiento escrito del trabajador en los términos expresados en el mismo artículo, caso en el que este trabajador debe consentir tanto en la persona del beneficiario como en el monto asegurado.

Un problema importante que surge de esta clase de aseguramiento dice relación con la duración o extinción de la relación laboral que da sustento al interés. El asunto, en este caso, no puede limitarse al seguro de vida, sino que a todo seguro de personas. De tal manera, si el seguro se contrató compareciendo un interés *ab initio* y la relación laboral posteriormente

---

[357] Contreras, Osvaldo (2014), p. 637, da cuenta de la crítica al uso de la voz "cabeza" y la justifica con el derecho comparado. Si se observan las obras de principios de siglo XX en Chile, la voz "cabezas" para referirse al asegurado de fallecimiento era muy corriente, perdiéndose luego esta denominación.

[358] El proyecto de reforma al Código Mercantil español considera sustituir la palabra "incapacitados" por "personas cuya capacidad estuviera modificada judicialmente". Sobre esto, véase Cuñat, Vicente (2015), "Seguros de personas", en *Revista Española de Derecho de Seguros,* Nº 163-164, pp. 525-527.

se extingue, consecuencialmente desaparece el interés y el seguro deberá terminar en virtud del inciso 2º del artículo 520 CCOM.[359] Con todo, nada impediría que las obligaciones del tomador, como por ejemplo pagar la prima, puedan ser asumidas por el propio asegurado, quien conserva su interés, como lo permite expresamente el artículo 524 inciso final CCOM.

65.5. Prohibición de contratar seguros en contravención a las disposiciones sobre interés

El inciso segundo del artículo 589 CCOM establece dos reglas. Una imperativa, para el caso que de seguros de fallecimiento tomados sobre la vida de terceros. La segunda, prohibitiva para el caso de seguros de la misma clase tomados sobre la cabeza de menores de edad o de los mal llamados "incapacitados". Sobre ambas hemos adelantado algo al analizar quiénes pueden ser asegurados de vida.[360]

La primera regla manda al tomador desplegar una conducta positiva, que consiste en obtener el consentimiento del tercero asegurable por escrito, aceptando su calidad de asegurado.[361] Como contrapartida, un asegurador diligente no puede ni debe aceptar el riesgo si esa manifestación legal del interés no aparece claramente y por escrito. Asimismo, la norma indica que este tercero asegurado debe consentir en la persona del beneficiario, por lo que, en estos seguros, no cabe remitir la designación a una posterior declaración escrita comunicada al asegurador ni vale la designación en testamento. Se trata, como se ve, de aquellas pólizas de seguro en que el artículo 518 Nº 10 CCOM exige expresamente la firma del asegurado.

---

[359] LAWRY, RAWLINGS y MERKIN (2011), p. 184, ejemplifican, citando el caso *Simcock v. Scottish Imperial Insurance Co*. (1902), que, si el contrato es sobre base semanal, el juez deberá avaluar el interés precisamente en una semana. Esa avaluación judicial del interés no tiene, lamentablemente, aplicación en nuestro país.

[360] Véase *supra* 20 y siguientes.

[361] La regla, al parecer, tiene su origen en una recomendación del Consejo de Estado Francés de 23 de marzo de 1818, que se institucionalizará en las *Ordenanzas Reales*, de 22 de diciembre de 1819 y de 11 de febrero de 1820, que mandaron insertar en los estatutos de las aseguradoras la obligación de requerir el consentimiento de los terceros asegurados, como aparece además del *Arrêt* de 2 de diciembre de 1836 de la Corte Real de Limoges, tal como muestra PROVOST, Magalie (2009), p. 95.

Dado que en esta clase especial de seguros del artículo 598 inciso 2º, el consentimiento del tercero asegurado debe ser escrito, esta particular forma de contratación es solemne y hace excepción a la consensualidad general del artículo 515 CCOM, tal como hemos revisado al analizar la formación del consentimiento en los seguros de personas.[362]

La segunda es una prohibición absoluta: no se puede contratar sobre seguros la cabeza de menores o de incapaces, ni aun con la autorización del representante o del guardador. Se trata, en último término, de un interés asegurable considerado ilegal, y que trae como consecuencia que los menores e incapaces no puedan ser asegurados de fallecimiento. El problema no dice relación con el tipo de capacidad de esas personas para prestar su consentimiento, sino que sólo con su condición de incapaces, por lo que no hay problema en considerar que la sanción por contravención es siempre la nulidad absoluta, aunque la incapacidad posteriormente cese.

65.6. Contravención a las reglas sobre interés asegurable. Nulidad absoluta

La contravención a las reglas del artículo 589 CCOM da lugar a la nulidad absoluta del contrato de seguro, como lo expresa el inciso final de esa misma disposición legal.

Según las reglas generales que gobiernan la nulidad, el contrato de seguro de vida tomado sobre la cabeza de las personas indicadas en el artículo 589 CCOM debe producir sus efectos en tanto no recaiga sobre el asunto una sentencia de término y firme que declare tal nulidad absoluta, en un juicio cuyo conocimiento corresponderá exclusivamente a un árbitro conforme lo dispone el artículo 543 inciso 1º CCOM.[363]

---

[362] Ver *supra* 41.

[363] Nasser, Marcelo (2017), "Solución de controversias en la actual legislación de seguros", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros,* Nº 26, pp. 79-106. Unos años antes, Nasser, Marcelo (2014), "Solución de controversias tras la entrada en vigencia de la nueva Ley sobre Contrato de Seguro Nº 20.667", en *Condiciones generales de contratación y cláusulas abusivas. Cuadernos de Análisis Jurídico VII*, Santiago de Chile, Universidad Diego Portales, pp. 259-282.

Atendido el estricto mandato contenido en el artículo 1683 CC, el árbitro puede y debe declarar de oficio esta nulidad absoluta si es que el vicio aparece de manifiesto en el contrato, como ocurriría con un seguro tomado sobre la cabeza de un menor cuya edad al tiempo del contrato figura expresamente en las condiciones particulares de la póliza.

65.7. Legitimación activa en la acción de nulidad

Las reglas sobre interés procesal activo en la acción de nulidad absoluta se encuentran en el derecho común, y muy concretamente en el artículo 1683 CC. En general, puede pedir la nulidad absoluta cualquiera que tenga un interés en ella, salvo que haya contratado sabiendo o debiendo conocer el vicio que lo invalidaba.

Se ha fallado (pues no se trata de un requisito legal) que este interés debe ser pecuniario y actual.[364] Lo anterior supone que no toda persona que sea o haya sido parte de un contrato tenga derecho a impetrar la nulidad absoluta, sino que es menester, precisamente, que ostente (y acredite) dicho interés.[365]

Pero es necesario reflexionar sobre los requisitos generalmente exigibles a la legitimación activa en la acción de nulidad para el caso que nos ocupa y, muy particularmente, en el caso del seguro tomado sobre la cabeza de un tercero. En efecto, si juzgáramos que el interés para legitimar en la acción de nulidad fuera necesariamente "pecuniario", resultaría complejo argumentar a favor de que el legitimado activo en la acción de nulidad absoluta pueda ser aquel tercero del artículo 598 CCOM, cuyo consentimiento no se requirió (tercero asegurado), sus causahabientes o cesionarios, pues

---

[364] EXCMA. CORTE SUPREMA, ingreso Nº 3068-2007. Id. LegalPublishing 40397. Asimismo, EXCMA. CORTE SUPREMA, ingreso Nº 4124-2007, Id. LegalPublishing 39848. Sobre este asunto, véase, en general, DE LA MAZA, Íñigo [coord.] (2011), *Código Civil sistematizado con jurisprudencia*, Santiago de Chile, Abeledo Perrot LegalPublishing, pp. 1054 y ss.

[365] Para el interés en la nulidad absoluta, DOMÍNGUEZ ÁGUILA, Ramón (2008), "Todo el que tenga interés en ello (Sobre el art. 1683 del Código Civil chileno y el interés para alegar la nulidad absoluta)", en *Estudios de Derecho Privado en homenaje al profesor Christian Larroumet* [MANTILLA y PIZARRO, Coords.], Santiago de Chile-Bogotá, Fundación Fueyo UDP y Universidad del Rosario, pp. 541-559.

no vemos qué ganaría o dejaría de perder esta persona ajena al contrato con la declaración de nulidad.

Pensamos que, al no ser este interés pecuniario un requisito estrictamente legal, sino jurisprudencial, y no necesariamente pensado para todos los casos, este tercero asegurado debe quedar comprendido en las reglas textuales de legitimación del artículo 1683 CC. Nos parece que la protección de la vida (o evitar la propia muerte) es el elemento que ha sido tenido en cuenta por el legislador para exigir el consentimiento en el inciso 2º del artículo 589 CCOM y no puede dudarse que tal tercero asegurado tiene (más que nadie) un interés real en preservar su vida. Este interés en preservar la existencia no necesariamente equivale a un interés pecuniario y no cabe duda de que el legislador debe protegerlo.

De hecho, si en tal supuesto no fuera aquel tercero asegurado contemplado en el artículo 589 inciso 2º CCOM quien goce de la legitimación activa para impetrar la nulidad absoluta, serían pocos, o casi nadie, quienes podrían demandarla. Acaso la posibilidad quedaría restringida a que sea declarada de oficio por el juez si el vicio aparece de manifiesto en el contrato, o a solicitud de los fiscales judiciales de los tribunales de alzada en el sólo interés de la moral y de la ley. Por todas esas razones, nos inclinamos a aceptar su legitimación procesal activa, aun a falta de un interés patrimonial.

Para el resto de los casos de ausencia de requisitos esenciales del contrato, vale decir, para los seguros pactados sin riesgo, sin estipulación de prima o sin obligación condicional de indemnizar, deberá regir la regla tradicional, que exige interés actual y patrimonial para fundar la legitimación procesal.

65.8. Nemo auditur *respecto del que sabía o debía conocer el vicio*

Como dispone el artículo 1683 CC, la nulidad no puede ser solicitada por el que sabía o debía saber el vicio que invalida el contrato. La cuestión es interesante, pues nos parece que al asegurador (ya sea que contrate directamente o por medio de corredor o un agente de venta) le es exigible actuar diligentemente al recabar los antecedentes de sus asegurados, cumpliendo fielmente la ley al requerir los antecedentes de los asegurables, particularmente si son distintos del contratante.

Es obvio que resulta jurídicamente insostenible que un asegurador pactase un seguro sin prima, sin riesgo o sin obligarse a indemnizar, por lo que, en principio, pensamos que un asegurador tiene vedada la legitimación en la acción de nulidad absoluta del artículo 521 CCOM.

De igual forma, el asegurador debe extender la póliza con los requisitos legales, entre los cuales aparece el deber de identificar, a lo menos, la "individualización del asegurador, la del asegurado y la del contratante si no fuere el mismo asegurado. Si se hubiere designado beneficiario, se indicará su individualización o la forma de determinarlo" (artículo 518 Nº 1 CCOM). Si el asegurador no cumple este mandato legal o lo hace negligentemente, tampoco podrá pedir la nulidad absoluta, pues no puede aprovecharse de su propia torpeza.

Los efectos de esta cuestión son intensos contra el asegurador, pues si se le requiere el pago de la indemnización por un siniestro ocurrido en el marco de un seguro de aquellos prohibidos en el artículo 589 CCOM, no podrá oponer la excepción de nulidad, salvo que pruebe que no sabía ni debía saber del vicio invalidante, lo que no se aprecia como una tarea sencilla.

65.9. Si el asegurador contrató de buena fe un seguro de fallecimiento sobre la cabeza de un incapaz que no sea menor de edad, sí puede pedir la nulidad

En el caso de seguros de fallecimiento sobre la cabeza de un tercero en que no se haya detectado una incapacidad del tercero asegurado que no sea la minoría de edad (caso que parece inexcusable), la cuestión resulta más compleja.

El artículo 589 CCOM ha presupuesto un caso de buena fe para permitir retener el importe de los gastos. Nos parece que tanto el caso de la contratación sobre la cabeza del demente como la del disipador podrían calificar dentro de esta excepción legal, particularmente cuando la incapacidad no aparece notoriamente.

El asegurador de buena fe puede pedir la nulidad absoluta y, en caso de haber pagado un sinestro, puede pedir la repetición de lo pagado. Evidentemente, no se aplica en este caso la regla del artículo 1688 CC, pues ni se ha

contratado en sentido estricto con el incapaz ni se le paga la indemnización al incapaz, porque tal incapaz ha muerto.

65.10. Aplicación del nemo auditur *incluso en el caso de seguros colectivos y de los intermediados por corredor*

El artículo 517 inciso 7º CCOM no permite atribuir al asegurado los errores y deficiencias del tomador en el seguro colectivo, con lo que el *nemo auditur* del artículo 1683 CC debe aplicarse al asegurador aun para el caso de los seguros de esta clase.

En el caso de los seguros colectivos, no es lícito al asegurador eximirse de sus deberes de individualización (y eventualmente de firma) del asegurado. Tampoco queda exento el asegurador por las omisiones del tomador en relación con el riesgo, la prima y la obligación condicional de indemnizar.

Lo mismo debe regir en los seguros intermediados por corredor. Si bien el corredor tiene reglamentariamente el deber de identificar fielmente al asegurado (artículo 10.5 del D.S. Nº 1.055), no es posible que el asegurador se exima de su responsabilidad legal por omisiones del intermediario.[366]

65.11. Efectos de la declaración de nulidad

Las consecuencias de la declaración de nulidad son, además de la natural anulación del contrato con los efectos del artículo 1675 CC, la aplicación de una regla particular sobre la restitución de la prima con un derecho a retener los gastos "si 'el asegurador' ha actuado de buena fe".

Como se ha señalado, la situación del inciso final del artículo 589 CCOM, que permite a la compañía de seguros retener los gastos si ha actuado de buena fe, resulta de difícil ocurrencia y se debe limitar al caso de la incapacidad no aparente, que no sea la menor edad. De igual forma, si un asegurador suscribe un riesgo de fallecimiento de un tercero distinto del contratante sin requerir el consentimiento del tercero asegurado, queda, a nuestro juicio, impedido de alegar la buena fe. Sólo nos parece que debe

[366] Véase *supra* 58.3.

hacer excepción a la preclusión antes mencionada el caso en el que el tercero asegurado que debía prestar el consentimiento fue suplantado.

65.12. Saneamiento y prescripción de la acción de nulidad

Conforme a las reglas generales contempladas en el artículo 1683 CC, la nulidad absoluta se sanea al cabo de 10 años contados desde la celebración del acto o contrato.

Los vicios de nulidad que hemos revisado no emanan propiamente del contrato de seguro, sino que de consideraciones de orden público que gobiernan la nulidad absoluta. En tales términos, la prescripción de la acción de nulidad absoluta no es la especial del artículo 541 CCOM (cuatro años y un máximo de 10 años desde la existencia del siniestro a favor del beneficiario), ni tampoco la contemplada para las acciones personales en el 2515 CC (cinco años), sino la de los 10 años contados desde la celebración del contrato de seguro de vida.[367] Debe señalarse, como característica de esta clase de nulidad, que los vicios no admiten confirmación o ratificación del acto nulo.

65.13. Presunción de interés asegurable

Los términos en que está redactado el inciso final del artículo 589 CCOM permiten concluir que el interés asegurable debe venir presumido en todo contrato de seguro de personas celebrado por personas capaces. Se debe presumir el interés también en el caso de los seguros de fallecimiento tomados sobre la cabeza de un tercero, en que aparezca la aceptación expresa de ese tercero asegurado.

Por otra parte, si no se cumplen los requisitos antes mencionados, como si un asegurador acepta el riesgo de fallecimiento de asegurados menores de edad, nos parece que debe regir la presunción contraria y, no obstante la falta de legitimación en la acción de nulidad absoluta que pesaría sobre el asegurador, el contrato de seguro no sólo puede sino que debe ser declarado nulo de oficio por el juez árbitro, conforme a las disposiciones del artículo 1683 CC.

---

[367] Véase *infra* 86.3.

66. Diferencias de los seguros de personas con los seguros de daños más allá del interés asegurable

Los seguros de personas presentan diferencias importantes con los seguros de daños. Además de los riesgos sobre los que recaen unos y otros, y con la posibilidad de que en Chile sean asegurados por compañías de un grupo o de otro,[368] los seguros de personas se distinguen de los de daños en cuestiones esenciales.

Como siempre ocurre, es necesario tener en cuenta que el artículo 601 CCOM reenvía a las reglas de los seguros de daños ciertos seguros de personas de coberturas patrimoniales.

Las diferencias entre seguros de daños y de personas son múltiples y fluyen de la naturaleza misma de una y otra clase de aseguramiento. Pueden destacarse, por su importancia, las referidas a la materia asegurada, al principio de indemnización (y a la pluralidad de seguros), al ya revisado interés asegurable y a la subrogación. Sin embargo, si se analiza la ley con detención, es fácil percatarse de que hay muchas más diferencias, tales como las establecidas para la agravación del riesgo, la terminación anticipada del contrato, imperatividad, cesión de la póliza, etcétera.

66.1. Riesgo y valoración de la "materia asegurada"

Según apunta Contreras,[369] la expresión "materia asegurada", utilizada tanto en el artículo 518 Nº 1 como en la NCG Nº 349, está empleada en sentido genérico, vale decir, su aplicación a los seguros de personas debe entenderse hecha al "objeto de la cobertura". La referencia a una "materia asegurada" (y no a una cosa o a un objeto) representa igualmente un avance respecto del texto del antiguo artículo 516 CCOM. Como señala Ríos, "la cobertura se identifica o confunde con los riesgos"[370] y precisamente por ello resulta importante determinar las diferencias que existen entre la

[368] Véase D.F.L. Nº 251, artículo 11.

[369] Contreras, Osvaldo (2014), p. 180.

[370] Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 512 inciso 1º", en *Comentarios*, p. 35.

materia asegurada u objeto de la cobertura en los seguros de daños y en los seguros de personas.

Lo anterior queda de manifiesto en el inciso 2º del artículo 512 CCOM, que determina a qué pueden referirse los riesgos en un contrato de seguro.[371] Dispone, en lo que nos interesa: "Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo. No sólo la muerte, sino que también la sobrevivencia, constituyen riesgos susceptibles de ser amparados por el seguro". En cambio, el artículo 545 CCOM dispone que son seguros de daños los que "tienen por objeto la indemnización de los daños sufridos por el asegurado y pueden recaer sobre cosas corporales, derechos o sobre un patrimonio".[372]

De tal forma, cuando la ley o el regulador se refieren genéricamente a "materia asegurada", debemos entender que para los seguros de personas quiere identificar la naturaleza de la cobertura de riesgos de vida, de sobrevivencia, de muerte accidental, de accidentes, salud y de sus coberturas patrimoniales.

66.2. Principio de indemnización

En los seguros de daños, el seguro es un contrato de mera indemnización y jamás puede constituir para el asegurado una oportunidad de ganancia o enriquecimiento. Así lo dispone el artículo 550 CCOM, enmarcado dentro de la Sección Segunda, referida precisamente a los seguros de esa clase.

En el tratamiento legal de los seguros de personas no existe una norma de estas características.[373] Lo anterior descansa, como es natural, en que

---

[371] GALLARDO, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 512 inciso 2º", en *Comentarios*, pp. 42 y ss.

[372] Sobre este concepto y sus características, véase GALLARDO, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 545", en *Comentarios*, pp. 489-492.

[373] AMUNÁTEGUI, Andrés (2015), "Comentario al artículo 550", en *Comentarios*, pp. 514-515, da cuenta de una doctrina que atribuye a STIGLITZ, que estima aplicable el principio de indemnización para los seguros de personas. En nuestra legislación, esa interpretación carece

el seguro de personas no es técnicamente uno de los llamados seguros "de indemnización", vale decir, no pretende poner al asegurado o al beneficiario en la misma situación en que se encontraría si la pérdida no hubiese ocurrido.[374] En lo que respecta a los seguros de personas que califiquen como reembolso de gastos u otra cobertura patrimonial del artículo 601 CCOM, el principio de indemnización que consagra la interdicción de la ganancia o enriquecimiento con cargo a un seguro ciertamente debe recibir aplicación.[375]

Aunque, en la práctica, los formularios de propuesta de las compañías de seguros de personas (y las pólizas de seguros de personas que ponen a disposición de sus asegurables) usualmente contemplan la obligación del contratante o del asegurado de declarar la existencia de otros seguros, en uso de la facultad prevista para toda clase de seguros en el artículo 524 Nº 2 CCOM, un asegurador de personas no puede negarse a contratar un seguro de fallecimiento o de sobrevivencia en caso de existir pluralidad de contratos sobre el mismo riesgo, salvo que se trate de un seguro de coberturas patrimoniales del artículo 601 CCOM. Lo mismo debe decirse respecto de las coberturas de incapacidad de toda clase.[376]

66.3. Subrogación

El legislador ha tratado de la subrogación en el artículo 534 CCOM. Esta norma se encuentra ubicada en la Sección Primera del Título VIII del Libro II del Código, vale decir, dentro de las llamadas "normas comunes a todo tipo de seguros".

---

de sustento, salvo para los casos del artículo 601 CCOM. Si se revisa la Moción Parlamentaria (*Historia de la Ley*, p. 11), se lee lo siguiente: "Vigésimo Cuarto: En el art. 550 queda establecido el llamado 'principio de indemnización'; dentro del párrafo destinado a tratar de los seguros de daños, remediando la inconsistencia existente actualmente, a raíz de que el art. 517 vigente constituye una norma general, aplicable a todo tipo de seguros, en circunstancias de que el principio es inaplicable en los seguros de personas".

[374] Lawry, Rawlings y Merkin (2011), p. 323.

[375] Agramunt, Edmundo (2015), "Comentario al artículo 566", en *Comentarios*, p. 552. Igual solución en Clarke, Malcom *et al.* (2002), p. 112, "This kind of cover is indemnity insurance (…) the cover is limited to the amount of the actual loss incurred".

[376] Lawry, Rawlings y Merkin (2011), p. 323.

Una interpretación lógica y contextual de esta norma debería llevarnos a sostener que los efectos del pago con subrogación allí dispuestos deben aplicarse a toda clase de seguros, incluidos los seguros de personas. Veremos, en lo sucesivo, que tal postura presenta problemas importantes.

El artículo 534 CCOM dispone que, por el pago de la indemnización, el asegurador se subroga en los derechos y acciones que el asegurado tenga en contra de terceros en razón del siniestro. Nos hemos referido en extenso en otra sede acerca de este fenómeno subrogatorio en el seguro.[377] En dicha oportunidad, en lo que resulta relevante para este estudio, afirmamos que para que el fenómeno subrogatorio se materialice será necesario que se cumplan una serie de requisitos, entre los que sobresale que se trate de un seguro de daños y, además, que el pago hecho por el asegurador tenga causa indemnizatoria.[378]

Como primera cuestión, es necesario señalar que el texto original del proyecto de ley contemplaba un inciso séptimo que disponía: "La subrogación no tendrá lugar en los seguros de personas, salvo en cuanto a los gastos de prestaciones y asistencia sanitaria o de salud que efectivamente haya pagado el asegurador". Este texto fue suprimido del proyecto durante el trámite legislativo[379] y la limitación legislativa (expresa) relativa a los seguros de personas no llegaría a convertirse en ley.

Ahora bien, resulta complejo imaginar que el pago de una suma de dinero o un capital pueda causar subrogación en los seguros de vida, y muy particularmente en los de sobrevivencia. Lo mismo en los seguros de salud, en donde rara vez es un tercero quien da origen al siniestro. Con todo, la cuestión de la subrogación podría ser problemática en algunas modalidades de seguro de fallecimiento, así como en las coberturas de accidentes personales y de muerte accidental.[380]

---

[377] NASSER, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 534", en *Comentarios*, pp. 386-400.

[378] NASSER, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 534", en *Comentarios*, pp. 392-395.

[379] *Historia de la Ley,* p. 27. En el Primer Informe de la Comisión de Economía de la Cámara (*Historia de la Ley*, p. 178) el inciso aparece eliminado.

[380] De hecho, el artículo 16 de la Ley Nº 18.490, que regula el SOAP, contempla expresamente una subrogación legal. Sobre este seguro, véase *infra* 97.

En los seguros que cubren riesgo de fallecimiento, la aplicación del artículo 534 CCOM pareciera *prima facie* permitir que, para el evento en que un tercero cause la muerte del asegurado, como resultaría, por ejemplo, cuando un asegurado muere en un vuelo comercial o, muy palmariamente, en un caso de homicidio, la compañía quedara legalmente subrogada en los derechos que correspondían al beneficiario para exigir las indemnizaciones en contra de la empresa aeronáutica o del homicida, al menos hasta el monto de lo pagado. El problema de considerar una posible subrogación legal en este tipo de seguro, sin embargo, es que su operación podría privar a los herederos del fallecido de reclamar ciertos perjuicios, precisamente por el efecto "transmisivo" de toda subrogación, lo que no resiste un análisis de justicia de acuerdo a las reglas sobre responsabilidad civil general.

Como hemos señalado, existe cierta consistencia en la doctrina respecto de que sólo los seguros de daños tienen virtualidad subrogatoria.[381] Coadyuva a esta postura el hecho de que, al menos en el seguro de fallecimiento, el pago carece (al menos teóricamente para una buena parte de la doctrina) de naturaleza indemnizatoria, lo que le priva consecuencialmente de su naturaleza subrogatoria.[382] En efecto, resulta complejo afirmar que el pago de un siniestro de fallecimiento genere la subrogación legal del artículo 534 CCOM a favor del asegurador de fallecimiento (natural o accidental). Nos inclinamos por no entenderla contemplada, pese a que el tratamiento de esta materia aparece en las reglas comunes a todo seguro y pese a la eliminación de la prohibición de subrogación en los seguros de personas del proyecto de ley.

Lo anterior no sólo es relevante porque una compañía de seguros de vida no podrá negarse a pagar la suma a la que se encuentra obligada si el beneficiario no suscribe un recibo en que da cuenta de la subrogación legal, sino porque tampoco puede obligarlo a suscribir una convencional.

---

[381] Mac Gillivray, Evan James (2003), p. 578. A su turno, Stiglitz (2001), pp. 455 y ss., desarrolla un completo análisis de requisitos de la subrogación, entre los que aparecen, además, el interés asegurable y que el siniestro haya sido cubierto.

[382] Como afirman Lawry, Rawlings y Merkin (2011), p. 352, "there are no subrogation rights in the case of a contingency policy, so that if a life policy names the insured life as beneficiary and that person is killed by another's negligent act, the insured's estate will be able to claim under the policy and keep any damages received from the wrongdoer". Gallardo, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 588", en *Comentarios*, p. 754.

En el caso del seguro de salud o de prestaciones médicas por accidentes que reembolsen gastos, la cuestión resulta en parte resuelta por el artículo 601 del Código de Comercio, al que hemos hecho alusión permanentemente. Si bien se trata de un seguro de personas, debe regularse, en lo que corresponda, por las reglas relativas a los seguros de daños. Si un tercero causó un determinado gasto de salud en un asegurado dolosa o culpablemente, y el asegurador hubo de proveer pagos en relación con el siniestro, no vemos problema en considerar que asiste al asegurador el derecho a la subrogación legal.

66.4. Inaplicabilidad de las reglas sobre agravación (salvo al seguro de accidentes personales)

Otra diferencia interesante entre los seguros de daños y los de personas aparece a propósito de la llamada "agravación del riesgo". El artículo 526 inciso final CCOM dispone que "salvo en la modalidad de los seguros de accidentes personales, las normas sobre agravación del riesgo no tienen aplicación en los seguros de personas".

De tal suerte, la obligación de informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo en un plazo fatal de cinco días, siempre que por su naturaleza no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador, no rige en los demás seguros de personas que no sean de accidentes personales.

Más complicada resulta la aplicación de las reglas de agravación de riesgo en los seguros de salud, así como a las demás coberturas patrimoniales del artículo 601 CCOM.[383]

67. La imperatividad en los seguros de personas: Todos los seguros de personas se rigen por la protección general de la imperatividad normativa

El principio de imperatividad de las disposiciones que rigen el contrato de seguro debe entenderse como una regla de irrenunciabilidad a las normas

[383] Véase este asunto *infra* 66.4, 95.5 y 98.9.

de protección mínima que impone la ley.[384] Pesa sobre todo asegurador la carga de observar, en todo momento, las disposiciones legales imperativas que regulan el contrato de seguro.

El carácter imperativo de las normas resulta plenamente aplicable a las disposiciones que regulan el seguro de personas. Es más, constituye su regla absoluta: todos los seguros de personas están regidos por normas irrenunciables. Así, el artículo 542 CCOM, que se encuentra incorporado dentro de las "normas comunes a toda clase de seguros" o Sección Primera del Título VIII del Libro II, dispone: "Artículo 542. Carácter imperativo de las normas. Las disposiciones que rigen al contrato de seguro son de carácter imperativo a no ser que en éstas se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario". El inciso segundo agrega: "Exceptúanse de lo anterior, los seguros de daños contratados individualmente, en que tanto el asegurado como el beneficiario, sean personas jurídicas y el monto de la prima anual que se convenga sea superior a 200 Unidades de Fomento, y los seguros de casco y transporte marítimo y aéreo".

Además de la normativa legal contenida en el artículo 542 CCOM (y sin que hubiese una real necesidad), la NCG Nº 349 de la SVS, hoy llamada CMF, de 26 de julio de 2013, ha dispuesto que todas las pólizas sujetas a depósito deben encabezar con una referencia expresa al régimen imperativo como un método de protección al asegurado. La misma disposición administrativa prescribe, en concordancia con las disposiciones de protección al consumidor y al artículo 3º letra e) del D.F.L. Nº 251, que "los modelos de condiciones generales de las pólizas y cláusulas de seguro deberán estar redactadas en forma clara y entendible, no deberán ser inductivas a error ni deberán contener estipulaciones que se opongan a la ley".

Las leyes de contrato de seguro suelen garantizar a la parte débil de la relación contractual una protección legal mínima, también llamada "de derecho

[384] La imperatividad hace excepción a la libre contratación fundada en la autonomía de la voluntad. Sobre esto, véase Espada Mallorquín, Susana (2013), "Comentario al artículo 4", en *La protección de los derechos de los consumidores*, pp. 194 y ss. Como afirma Garrigues, Joaquín (1982), en *Revista Española de Seg*uros, Nº 32 (1982), p. 546, la imperatividad viene a reponer el equilibrio de las prestaciones, que es la base del contrato aleatorio.

necesario".[385] Si se tiene además en cuenta que la contratación de seguros suele seguir la lógica de los contratos de adhesión (además con obligación de depósito de las condiciones generales en un registro público),[386] un régimen imperativo entronca de manera natural con la protección al consumidor que se encuentra en una posición asimétrica. El legislador suple la asimetría disponiendo normas de derecho necesario, mínimas e irrenunciables.

En el ámbito del derecho del consumo, la legislación nacional establece una irrenunciabilidad anticipada a los derechos del consumidor en el artículo 4º de la LPDC,[387] de manera que esta imperatividad especial en materia de seguros, establecida en el artículo 542 CCOM, viene a complementar una idea asentada y buscada por el legislador desde hace ya bastante tiempo. La irrenunciabilidad de la legislación de consumo, apunta Momberg, debe identificarse con el carácter imperativo de las normas correspondientes, de manera de proteger a la parte débil de la relación jurídica,[388] lo que, a nuestro juicio, es la misma idea que ilumina la nueva legislación de seguros, en el artículo 542 del Código de Comercio.[389]

Sin embargo, es digno de resaltarse que la imperatividad de las disposiciones que rigen el contrato de seguro es más estricta que la simple "irrenunciabilidad anticipada", pues se extiende a los derechos del asegurado durante la fase *in contrahendo*, luego durante toda la vigencia del contrato, pero incluso cuando el contrato ha terminado.[390]

---

[385] A este respecto, véase RÍOS, Roberto (2015), "Comentario al artículo 542", en *Comentarios*, pp. 461-473.

[386] NCG Nº 349 de la SVS.

[387] Sobre "irrenunciabilidad anticipada" en las relaciones de consumo, véase MOMBERG, Rodrigo, "Comentario al artículo 4°", en *La protección de los derechos de los consumidores*, cit., pp. 190-193.

[388] *Ibid*., p. 191.

[389] Esta norma señala, dejando fuera a los seguros de grandes riesgos y los de caso y transporte marítimo, lo siguiente: "Las disposiciones que rigen al contrato de seguro son de carácter imperativo, a no ser que en éstas se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario".

[390] Con todo, y como veremos en su oportunidad, el legislador chileno fijó un régimen de solución de controversias a cargo de árbitros arbitradores (salvo desacuerdo), con régimen de apreciación de la prueba con apego a la sana crítica y una serie de facultades procesales

67.1. Las excepciones a la imperatividad sólo se aplican a los seguros de personas cuando favorecen al contratante, asegurado o beneficiario, o bien si la ley lo determina

El artículo 542 CCOM presenta una lista de situaciones de excepción al régimen de garantía imperativa o de derecho necesario. Tales son:

a) Cuando la ley disponga expresamente otra cosa.

b) Cuando las condiciones sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

c) En los casos de seguros de daños contratados individualmente, en los que tanto el asegurado como el beneficiario sean personas jurídicas y el monto de la prima anual que se convenga sea superior a 200 Unidades de Fomento, y los seguros de casco y transporte marítimo y aéreo.[391]

Las dos primeras excepciones podrían recibir aplicación en toda clase de seguros de personas. Una cláusula de una póliza, por ejemplo, que restringiera el plazo de indisputabilidad del artículo 592 CCOM a un año, y no a dos como dispone la regla, u otra que no contemplara plazos para cubrir una muerte por causa de suicidio, podría ser considerada como más favorable para el beneficiario y, por ello, se trataría de una cláusula perfectamente válida. En contraste, una cláusula que permitiera al asegurador poner término unilateral al contrato de seguro de vida violentaría el principio de protección normativa y no podría producir efectos jurídicos válidos, pues tal facultad le está expresamente vedada al asegurador en el artículo 600 CCOM.

Por razones evidentes, la tercera excepción que hemos anotado más arriba no podría concurrir en los seguros de personas, pues está exclusivamente dirigida a los seguros de daños en que el contratante y beneficiario sean personas jurídicas.

---

especiales (artículo 543 CCOM). Lo anterior, si bien no deroga el régimen imperativo, permite una renuncia "en bloque" a los derechos supuestamente irrenunciables del asegurado, pues los arbitradores no deben necesariamente someterse al régimen mínimo legal garantizado, por lo que una reforma a este asunto nos parece prioritaria. Sobre este asunto, véase Nasser, Marcelo (2017), pp. 79-106.

[391] Véase el artículo 3º letra e) del D.F.L. Nº 251.

67.2. Efectos de la incorporación de cláusulas que violenten la imperatividad

Los efectos de la incorporación de cláusulas que vulneren la imperatividad normativa en una póliza afecta a depósito deben ser abordados desde dos puntos de vista: en primer término, resulta claro que el regulador puede prohibir total o parcialmente un condicionado que vulnere la ley en virtud de la expresa facultad del artículo 3º letra e) inciso 5º del D.F.L. Nº 251. Además, podrá formular los correspondientes cargos al asegurador por infracción de la ley.

Pero, sin embargo, no resulta clara la sanción jurisdiccional que deba acarrear el incumplimiento a las disposiciones legales imperativas en el marco de un litigio en el que el contratante, beneficiario o asegurado acusen la incorporación de una cláusula ilegal. En principio, nos inclinamos por considerar que la sanción es la nulidad de la cláusula o de la póliza si ésta no puede subsistir coherentemente sin la cláusula que se acusa de nula. Las razones para considerar la nulidad como sanción provienen de la interpretación del inciso 1º del artículo 542 CCOM. Esta norma indica que "se entenderán *válidas* las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario. La lectura *contrario sensu* de esa disposición desemboca en que la sanción para la contravención de la norma imperativa es la invalidez de la disposición, pues si las estipulaciones beneficiosas "se entenderán válidas", es lógico inferir que las otras sean inválidas, vale decir, absolutamente nulas por infracción de ley. Esta sanción deberá ser impuesta generalmente por un árbitro, en virtud del artículo 543 CCOM.

68. La terminación del seguro de personas

El seguro de personas puede terminar por distintas causas. En primer término, sobresale su terminación natural, ordinariamente por la llegada del plazo, el evento de verificarse una condición o, en algunos casos, por el evento mismo del siniestro.

La ley, asimismo, establece una lista de causas de terminación del seguro de personas que no necesariamente están asociadas a la naturaleza, al riesgo o efectos del contrato mismo. Tales causas legales son, sólo a título

ejemplar, la cesación del interés asegurable, la declaración de nulidad, la rescisión, la resolución, etc.

Finalmente, por su importancia, debe analizarse la terminación anticipada, regulada para todo tipo de seguros en el artículo 537 CCOM, teniendo en cuenta que, para los seguros de vida, la ley prohíbe al asegurador poner término al contrato a su sola voluntad (artículo 600 CCOM). La ley, asimismo, establece numerosas situaciones en las que, aunque no necesariamente dan término al contrato, es lícito al asegurador hacer caducar la obligación de indemnizar.

68.1. Terminación del seguro de personas por extinción sobreviniente de los riesgos

El artículo 536 CCOM dispone que "el seguro termina si el riesgo se extingue después de celebrado el contrato". Se trata de una causa de terminación legal del contrato que operará con efecto inmediato. La terminación de esta clase se aplica a toda clase de seguros, y se explica por la cesación de la esencial aleatoriedad del negocio por causa sobreviniente.

En efecto, si el legislador ha definido riesgo como una "eventualidad" (artículo 513 letra t), y lo ha calificado además como un requisito esencial del contrato (artículo 521 CCOM), resulta evidente que, si tal eventualidad desaparece, el seguro se desvanece, pierde su causa y pierde, asimismo, su objeto.

Como efecto de esa clase de terminación del contrato, el seguro termina *ipso iure*, sin necesidad de una declaración o constatación judicial.

Resulta necesario señalar que la terminación del contrato de seguro por extinción sobreviniente de los riesgos opera hacia el futuro y no con efecto retroactivo, de manera que si, antes de la extinción de los riesgos (y estando vigente el contrato), se han producido siniestros, tales contingencias deben quedar cubiertas por el asegurador, quien deberá responder dentro de los límites del contrato.

Resta saber si, a falta de una disposición especial en el caso de extinción sobreviniente de los riesgos (como la del inciso final del artículo 537 CCOM

para la terminación anticipada), el asegurador está obligado a restituir la prima no ganada. La respuesta es afirmativa para los seguros de personas pactados a plazo determinado, y se extrae del artículo 527 CCOM, que trata precisamente sobre la prima. Esta norma establece que, "convenida la vigencia del seguro por un plazo determinado, la prima se devengará proporcionalmente al tiempo transcurrido". De tal forma, en los seguros de personas pactados por un plazo determinado que terminen por cesación sobreviniente del riesgo, el asegurador debe restituir la prima no recolectada, pero ganada a su favor.[392]

68.2. Terminación del seguro de personas por cesación del interés asegurable durante la vigencia del seguro

El artículo 520 CCOM dispone que, en caso de que cese el interés asegurable durante la vigencia del seguro, "el contrato terminará y el asegurado [aunque debe decir contratante] tiene derecho a la restitución de la parte de la prima no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no corrido".

Se trata de una terminación *ipso iure* del seguro por cesación del interés asegurable, que, como sabemos, es un requisito esencial que debe concurrir por ley en todos los seguros de personas.[393]

Esta clase de terminación también opera sólo para el futuro. Por ello, si es que han ocurrido siniestros antes de la cesación del interés, éstos deberán ser cubiertos en los términos pactados en el contrato. Como se aprecia del texto legal, en el caso del artículo 520 CCOM (a diferencia de lo que ocurre en el artículo 536 CCOM), el legislador dispone expresamente una regla de restitución proporcional de prima.

68.3. Terminación del seguro de personas por la llegada del plazo

El artículo 523 CCOM dispone: "Los términos de la vigencia del contrato serán fijados en la póliza". Tanto el artículo 518 Nº 5 CCOM como la

---

[392] Para la forma de la restitución de la prima devengada y no ganada, véase la Circular Nº 2.114 de 2013 y *supra* 56.15.

[393] Véase *supra* 65 y 68.2.

NCG Nº 349 establecen como requisitos mínimos de la póliza de seguro la fijación precisa de la época en que principia y concluye la exposición a los riesgos. También se exige a asegurador indicar el período de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura en el artículo 514 CCOM.

La determinación temporal del riesgo es muy relevante, pues, en defecto de una estipulación, el artículo 523 CCOM establece que los riesgos principian desde la perfección (consensual) del contrato, y cesan en virtud de una declaración judicial en la época que lo determine el tribunal del artículo 543 CCOM, "tomando en cuenta la naturaleza del seguro, las cláusulas del contrato, los usos y costumbres y las demás circunstancias pertinentes".

La llegada del plazo supone que la prima se ha devengado y ganado íntegramente, por lo que no habrá lugar a restitución de parte alguna de ésta.

En algunos seguros, como los de sobrevivencia y en los mixtos, la llegada del plazo equivale, asimismo, al siniestro.

68.4. Las renovaciones

Es frecuente que en las pólizas de seguros de accidentes y de salud se establezcan cláusulas de renovación automática si las partes no manifiestan expresamente su voluntad de dar por terminado el seguro. El acuerdo de renovación de las condiciones puede también ser expreso.[394]

Evidentemente que esta modalidad no se aplica en los seguros de vida entera, pero podría comparecer en los seguros de vida temporales, en los que el momento de la renovación toma importancia para el cómputo del plazo de dos años para cubrir el riesgo de suicidio (artículo 598 inciso 2º CCOM).

En los seguros de salud, que suelen ser de duración anual, la Circular Nº 1.935, de 2009, obliga a "informar destacadamente si el seguro cuenta con renovación garantizada, entendiéndose por ésta aquella por la cual la compañía se obliga a renovar periódicamente la póliza, especificando las

[394] Contreras, Osvaldo (2014), p. 200.

condiciones objetivas en que no opera o termina dicha garantía". Asimismo, si el seguro no cuenta con renovación garantizada, "deberá señalarse expresamente ello". Si el seguro de salud se comercializa telefónicamente, la misma Circular Nº 1.935 dispone que el proveedor deberá leer lo que denomina "leyenda obligatoria" e informará, entre otras cosas, "la duración de este seguro, cómo y bajo qué condiciones se renueva el seguro y de qué manera se va a reajustar el costo del seguro, en caso de renovación".

Es también importante recordar que la renovación automática ha sido tratada especialmente por la legislación de consumidores en el artículo 17 B letra c), obligando a los proveedores a informar al consumidor si el contrato es de aquellos que se renueven automáticamente.

El asegurador debe ser claro respecto del inicio y término de la cobertura de las cláusulas adicionales (CAD), pues ellas pueden tener una duración distinta, normalmente menor, a la de la cobertura principal. Así, es frecuente que pólizas de fallecimiento pactadas por largos períodos de tiempo lleven adicionales (CAD) de salud o de accidentes de una duración sólo anual.

Toda circunstancia relativa a la renovación del contrato debe ser informada al cliente, en virtud de la obligación de asistencia y asesoría que pesa sobre el asegurador y que está dispuesta en el artículo 529 Nº 1 CCOM.

68.5. Terminación por cumplimiento de la edad máxima de permanencia

Una especie de terminación del seguro por llegada del plazo, corriente pero no exclusivamente asociada al seguro de fallecimiento, es la llegada a una determinada "edad máxima de permanencia", también llamada edad máxima de cobertura, la que se encontrará normalmente detallada en las condiciones particulares de la póliza, aun cuando es parte de la información que debe proveerse en la fase previa a la formación del consentimiento, conforme lo dispone el artículo 514 CCOM.

La edad máxima de permanencia está usualmente asociada, en los seguros de vida, a la duración del seguro y a las tablas de mortalidad oficiales

o privadas.[395] Si el asegurado de fallecimiento llega a alcanzar la edad máxima, el seguro termina *ipso iure* y cesa la obligación condicional de indemnizar. Pero es importante señalar que con la llegada a la edad máxima de permanencia no cesan otras obligaciones del asegurador que se encuentran pactadas en el contrato, como, por ejemplo, la obligación de devolución de parte o todo el dinero acumulado en una cuenta de inversión (CUI), la restitución de una eventual prima ganada en exceso, etcétera.

En los seguros mixtos, la llegada a la edad máxima de permanencia (o bien a otra edad determinada en el contrato) genera, a su vez, el derecho a una indemnización por sobrevivencia.[396] Finalmente, es necesario señalar que la edad máxima de permanencia no es un elemento privativo de los seguros de vida. En efecto, nada impide que algunos seguros de invalidez y de salud puedan contemplar edades máximas de permanencia o cobertura, pues es evidente que los riesgos de tales coberturas aumentan a medida que el asegurado envejece.

68.6. Terminación del seguro de vida por rescate total de la cuenta única de inversión en los seguros que la contengan[397]

Los seguros de vida en que se contempla una cuenta única de inversión (CUI) terminan *ipso iure* si el contratante hace uso de su derecho de rescate total del valor póliza en los términos pactados en el contrato. Este derecho está consagrado legalmente como uno de los derechos del contratante (aunque la norma dice erróneamente "del beneficiario") en el artículo 596 CCOM.

Si bien el seguro usualmente termina por el solo hecho del rescate total, nada obsta a que el asegurador y el contratante puedan pactar mantener la cobertura de fallecimiento, aun cuando la prima bien podría ser recalculada.

---

[395] Para el uso de tablas de mortalidad oficiales y privadas, véase *supra* 14.

[396] Sobre los seguros de vida mixtos, véase *infra* 89.9.

[397] Sobre los seguros con CUI, véase *infra* 89.11.

68.7. Terminación del contrato de seguro de personas por la declaración judicial de nulidad

La nulidad es un modo de extinguir las obligaciones nacidas del seguro de personas. Su declaración produce, salvo disposición contraria, los efectos del artículo 1687 CC y da derecho a las partes a ser restituidas al momento anterior a la celebración del contrato, según las reglas de las prestaciones mutuas de los artículos 904 y siguientes CC.

Según dispone el artículo 1692 CC, la nulidad puede ser absoluta o relativa. Ambas nulidades producen efectos idénticos, aunque se presentan diferencias sustanciales en la legitimación activa para solicitarla, en la posibilidad de ratificación, en los plazos de prescripción de la acción y, finalmente, en su saneamiento.

Además de los casos propios del derecho común, que no trataremos en esta sede, las situaciones en que el legislador mercantil ha contemplado la sanción de nulidad del contrato de seguro son las siguientes:

a) Nulidad absoluta por falta de alguno de los elementos esenciales del contrato de seguro (artículo 521 CCOM).[398]

b) Nulidad absoluta por falta de interés asegurable como elemento esencial especial del seguro de personas (artículo 589 CCOM).[399]

c) Nulidad absoluta por haberse contratado un seguro sobre la cabeza de menores de edad o de toda clase de incapaces (artículo 589 inciso 2º CCOM).[400]

d) Nulidad absoluta por haberse contratado un seguro de vida sobre la cabeza de un tercero, sin su consentimiento escrito (589 inciso 2º CCOM).[401]

e) Nulidad del contrato por haberse suministrado información falsa a sabiendas al momento de prestar la declaración sobre el estado del riesgo (artículo 539 inciso 1º CCOM).[402]

---

[398] Véase *supra* 61.

[399] Véase *supra* 68.2.

[400] Véase *supra* 65.3.

[401] Véanse *supra* 65 y 65.2.

[402] Véase *infra* 68.8.

68.8. Resolución del seguro por suministrar información falsa a sabiendas al reclamar el siniestro

El artículo 539 inciso 1º CCOM, además de contemplar un caso de nulidad, contempla un régimen de resolución del contrato cuando el beneficiario (aunque la ley dice "el asegurado") suministre información falsa al momento de reclamar un siniestro.

De esta manera, si un beneficiario de un seguro de personas presenta un certificado de defunción falso para cobrar un seguro de vida, o boletas de servicios médicos u hospitalarios falsos que pretendan dar cuenta de prestaciones de salud inexistentes, alega una invalidez falsa, entre otros fraudes o engaños, con el objeto de obtener una indemnización, el contrato puede resolverse, sin perjuicio de la acción penal por delito consumado o tentativa, establecida en el artículo 470 Nº 10 CP.[403]

Dentro de la conducta que permite resolver el contrato, debe considerarse aquella en que incurre un beneficiario de un seguro de reembolso de gastos de salud que ya ha sido cobrado en otra institución aseguradora, por ejemplo, presentando copias de las boletas u otros ardides similares.

A pesar de lo dispuesto en el texto legal, no parece razonable limitar la sanción de resolución al momento de la "denuncia del siniestro".[404] Dicha limitación no concuerda con la expresión "reclamar la indemnización de un siniestro", de la que se vale el legislador en el artículo 539 CCOM. De esta manera, si el beneficiario se vale de información falsa a sabiendas en el juicio de cumplimiento de contrato de seguro de personas, o compareciendo ante cualquier órgano de solución de controversias (como el Defensor del

[403] Artículo 470 Nº 10 CP: "A los que maliciosamente obtuvieren para sí, o para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas. Si no se verifica el pago indebido por causas independientes de su voluntad, se aplicará el mínimo o, en su caso, el grado mínimo de la pena. La pena se determinará de acuerdo con el monto de lo indebidamente solicitado".

[404] Sobre la denuncia del siniestro, véase *infra* 88.

Asegurado, por ejemplo), el seguro debe igualmente resolverse en virtud del artículo 539 CCOM.

68.9. Terminación del seguro de personas por operación del derecho de retracto

Como se ha revisado en el párrafo correspondiente, el contrato de seguro termina si el contratante o el asegurado, en su caso, ejercen el derecho de retractación unilateral, contemplado en el artículo 538 CCOM para los seguros contratados a distancia.[405]

Esta modalidad de terminación sólo se aplica a la contratación a distancia, no requiere expresión de causa y deberá ejercerse dentro de un plazo determinado.

68.10. Terminación por agravación sustancial del riesgo en seguros de accidentes personales

Las reglas sobre agravación del riesgo (que en los seguros de daños permiten rescindir el seguro bajo ciertos supuestos) no reciben aplicación en los seguros de personas por expresa disposición del artículo 526 inciso final CCOM.

Con todo, la misma norma ordena aplicarla a los seguros de accidentes personales. De esta manera, si durante la vigencia de una cobertura de accidentes se agravan sustancialmente los riesgos declarados, el contratante o el asegurado en su caso deberán informarlo al asegurador dentro de los cinco días contados desde su conocimiento. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador puede optar por rescindir el contrato o por ajustar la prima o las condiciones de cobertura. El asegurado (o el contratante) podrán aceptar o no esta proposición del asegurador. Si no se acepta, el contrato se dará por rescindido.

Una cuestión distinta se presenta si el siniestro ya ocurrió, sin que el asegurado o el contratante hubieran informado al asegurador la agravación

[405] Véase en detalle *supra* 56.8.

sustancial de los riesgos de accidentes personales. En este caso, el asegurador queda exonerado de su obligación de indemnizar las coberturas afectadas por el agravamiento.[406] Si las agravaciones no son sustanciales, de manera que el asegurador hubiese igualmente celebrado el contrato, pero en condiciones más onerosas para el contratante, la ley plantea un remedio distinto, que evita la terminación. En tal caso, el asegurador podrá indemnizar una suma menor, la que será proporcional a las condiciones en que hubiese aceptado el riesgo de haber conocido los riesgos, esto es, la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese pactado de haberse conocido la verdadera entidad de los riesgos.

A nuestro juicio, las coberturas patrimoniales de salud del artículo 601 CCOM también deben quedar cubiertas por las normas sobre agravación del artículo 526 CCOM, en su calidad de seguros patrimoniales.

68.11. Terminación del seguro por el evento del siniestro en los seguros que corresponda

Sin perjuicio de que los seguros de personas de cualquier tipo pueden expresar dentro de sus condiciones que el contrato termina por el evento de un siniestro (normalmente, el primero), existen contratos en que esto es connatural al negocio jurídico.

Así, los seguros de vida terminan con el evento de la muerte o de la sobrevida a un plazo determinado. Puede pactarse que el monto asegurado pueda pagarse no sólo en caso de fallecimiento, sino que también en el caso en que el asegurado sobreviva a un determinado plazo, en cuyo caso estamos frente a un seguro de vida "mixto".[407]

Asimismo, existen coberturas en las que el asegurador se obliga a pagar una determinada suma de dinero si al asegurado se le diagnostica por primera vez una determinada enfermedad catastrófica señalada en la póliza. En tal caso, obviamente, el hecho del diagnóstico (que equivale al siniestro)

[406] Se trata de un caso de caducidad de la obligación de indemnizar.

[407] Contreras, Osvaldo (2014), p. 643.

también da por terminada dicha cobertura, sin perjuicio de que puedan subsistir otras coberturas distintas pactadas en la misma póliza o en otra.[408]

68.12. Terminación del contrato de seguro de personas por no pago de la prima

Los seguros de personas que contengan obligación de pago de prima terminan por la operación del mecanismo contemplado en el artículo 528 CCOM. La norma dispone que el seguro termina "a la expiración del plazo de 15 días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado".

Se trata de una terminación *ipso iure* por llegada de un plazo legal. Con todo, esta forma de extinción sólo opera si el asegurador cumple una carga especial que consiste en el envío de una comunicación al contratante o al asegurado, en su caso, comunicándole el hecho del término de su cobertura. Lamentablemente, la ley no contempla la forma que debe revestir esta comunicación, por lo que habrá que estar a lo dispuesto en la póliza, en la que, como lo ha dispuesto el regulador, debe fijarse el régimen o forma de comunicación entre las partes (NCG Nº 349 II.1).

Debe tenerse en consideración que la referencia del artículo 528 CCOM "al asegurado" es equívoca, pues lo correcto es que la comunicación se remita al contratante. En cuanto al cómputo del plazo, los 15 días señalados en la ley como plazo legal de terminación deben entenderse, a falta de una disposición especial, como días corridos y completos.

Resulta importante señalar que para el evento en que el asegurador no envíe la comunicación (vale decir, si incumple su carga), el contrato de seguro no termina y la compañía sigue respondiendo de los siniestros ocurridos, antes y después de la fecha de la mora. Las disposiciones contractuales no pueden alterar este régimen de terminación, pues se trata de una norma imperativa.

---

[408] Sobre esta clase de seguro "contra diagnóstico", véase *infra* 98.7.

Hemos tratado más extensamente de esta materia en el párrafo dedicado a la prima como elemento esencial del contrato y a los efectos derivados de su falta de pago.[409]

68.13. Terminación unilateral del seguro por parte del asegurado

El artículo 537 inciso 3º CCOM dispone sobre esta materia: "El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador".

Entre el texto propuesto en la moción parlamentaria y el artículo 537 CCOM finalmente aprobado existieron múltiples modificaciones al derecho de terminación unilateral del contrato, las que fueron perfilando el texto hasta su aprobación final. Resulta importante recordar que el proyecto presentaba la posibilidad de terminación unilateral por cualquiera de las partes, sin expresión de causa (inciso 1º), quedando sólo a salvo lo que hasta el día de hoy aparece en la norma como "las excepciones legales".

En las primeras *Indicaciones del Ejecutivo*, de 23 de julio de 2010, frente a la evidente contradicción del texto propuesto con la legislación de consumidores vigente en el país, se abordó la terminación unilateral por parte del asegurado con particular detención, determinándose un nuevo inciso 3º, que decía: "El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador. La terminación se producirá en el momento en que el asegurador reciba dicha comunicación". En el mismo trámite legislativo, y sin expresión de argumentos de ninguna clase, fue eliminada la obligación del asegurado que ponía término unilateralmente al contrato seguro de concurrir a los "gastos de formalización del contrato", como señalaba el texto original.[410]

La terminación unilateral por parte del asegurado (que más bien debe entenderse como un derecho del contratante) está tratada en las normas comunes a todo seguro. Se trata de una norma nueva en la legislación de

---

[409] Véase *supra* 63.5.

[410] Goldenberg, Juan Luis (2015), p. 413, nota 1.

seguros chilena,[411] que, tal como se indicara en el Primer Informe de la Comisión de Economía de la Cámara,[412] se puede explicar teniendo en cuenta su carácter de contrato de adhesión y la calidad de consumidor que presentan los asegurados corrientes.[413] En tal sentido, la *Historia de la Ley* revela que "Dado el carácter de contrato de adhesión, debiera considerarse la posibilidad del asegurado de terminar el contrato en cualquier momento, ya que puede verse afectado por una serie de contingencias imprevisibles, a diferencia de lo que ocurre con el asegurador".[414]

La ley no indica la forma que debe tener la comunicación requerida en el artículo 537 CCOM, por lo que deberá remitirse por el conducto pactado en la póliza (II.1 de la NCG Nº 349). Tampoco se indica desde qué momento debe entenderse terminado el seguro, situación que sí se regula en el caso de la terminación por parte del asegurador (artículo 537 inciso 2º), ni qué ocurriría en el caso de ocurrir un siniestro entre el envío de la comunicación y su recepción.

Las disposiciones legales, lamentablemente, tampoco se hacen cargo de los eventuales costos que pudiera tener que soportar el contratante que notifica su intención de dar por unilateralmente terminado el contrato. Por ejemplo, nada se señala sobre el ejercicio de este derecho en el evento en que se deba toda o parte de la prima, un deducible, etc. El texto sólo contempla (desde su origen) una regla de devolución proporcional de la prima no ganada, en sintonía con las normas sobre proporcionalidad de la prima.[415]

68.14. Terminación del seguro por el asegurador. Objeto lícito del pacto que lo permite en los seguros que no son de vida

El artículo 537 inciso 1º dispone: "Terminación anticipada. Las partes podrán convenir que *el asegurador* pueda poner término anticipadamente

---

411 CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 290.

412 *Historia de la Ley*, p. 74.

413 GOLDENBERG, Juan Luis (2015), p. 416.

414 *Historia de la Ley*, p. 74.

415 Sobre esto, véase *supra* 62.3.

al contrato, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales". El inciso segundo agrega: "En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación".

No obstante la revisión intensa que recibió esta norma en su tramitación legislativa, el pacto que permite al asegurador poner término unilateral al contrato en todos los seguros que no sean de vida tiene, en principio, un objeto lícito.[416]

La norma no parece ser totalmente congruente con lo dispuesto en el artículo 17 D de la LPDC, que contempla la obligación del proveedor de expresar con claridad en el contrato de adhesión las causas por las que puede dar término anticipado al contrato y el medio por el que lo comunicará al consumidor.[417] En efecto, el nuevo artículo 537 CCOM permite que las partes (por adhesión, obviamente) pacten la posibilidad de que el asegurador dé término anticipado del contrato "con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales", pero establece modalidades y plazos que no se contemplan necesariamente en la legislación de consumo, que, como se sabe, tiende a impedir toda clase de terminación unilateral por parte del proveedor. A su turno, el artículo 600 CCOM prohíbe al asegurador poner término anticipado al contrato de seguros de vida a su sola voluntad, norma que no aparece con tanta vehemencia en materia de seguros de otra clase.

Ante este escenario, es importante destacar que las disposiciones sobre terminación unilateral de contrato por parte del asegurador no son completamente contradictorias, sino que descoordinadas con la legislación sobre consumidores. En tal sentido, nos parece que deben leerse procurando buscar la congruencia, conforme lo indican los artículos 22 y 24 CC, propendiéndose a la correspondencia, armonía y a una lectura que más convenga al espíritu general de la legislación, que, a estas alturas de nuestra

---

[416] Díaz, Ignacio y Nasser, Marcelo (2015), pp. 500-501.

[417] Goldenberg, Juan Luis (2013), "Comentario al artículo 17 D", en *La protección de los derechos de los consumidores* cit., pp. 422 y ss., prueba que esta norma fue pensada para los casos de contratos indefinidos.

evolución legislativa, es un espíritu protector de la parte más débil de la relación contractual. Pensamos que la frase "salvo las excepciones legales", contenida en la parte final del inciso primero del artículo 537 CCOM, nos permite una interpretación respetuosa de la legislación de consumidores. El Of. Circ. N° 865 de 7 de enero de 2015 (N° 3) señala que las causas de la terminación no pueden estar redactadas en forma vaga o genérica, y, además, deben figurar en las condiciones generales.

En relación con el inciso 2º del artículo 537 CCOM, que dispone que la terminación del contrato se producirá "a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación", es necesario considerar que la norma no indica la forma en que debe expedirse dicha comunicación, por lo que deberá estarse a lo dispuesto en la póliza, según ha dispuesto la letra j) del numeral II.1 de la NCG Nº 349. A falta de una disposición especial, igual que en todas estas materias, los días se deben entender corridos y completos.

68.15. Situación especial del seguro de vida. Prohibición absoluta al asegurador de revocar el contrato[418]

En toda clase de seguros de vida, vale decir, en los de fallecimiento y en los de sobrevivencia, el asegurador tiene prohibido caducar unilateralmente el seguro a su sola voluntad por disposición expresa del artículo 600 CCOM. Lo anterior hace excepción muy calificada a la regla revisada en el párrafo anterior.

Como consecuencia de la prohibición legislativa expresa, el pacto que contenga el derecho del asegurador a revocar el contrato adolece, en Chile, de un objeto ilícito. Un efecto más de esta misma cuestión es que la comercialización de una póliza que contemplase tal derecho podría ser prohibida por el fiscalizador en uso de las facultades contenidas en el artículo 3º letra e) D.F.L. Nº 251.

---

[418] La expresión "revocación" equivale a desistimiento unilateral del contrato bilateral, aunque se admiten varias nomenclaturas, no siempre ajustadas a la realidad nacional. Véase BETTI, Emilio (1969), *Teoría general de las obligaciones* I [De los Mozos, Trad.], Madrid, Ed. Revista de Derecho Privado, p. 336.

En cambio, y como se ha visto, para las pólizas de accidentes y de salud rige la regla general dispuesta en el inciso 1º del artículo 537 CCOM, que permite expresamente convenir que el asegurador pueda poner "término anticipado al contrato de seguro con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales".[419]

68.16. Terminación del seguro por quiebra del asegurador estando los riesgos pendientes

El artículo 540 inciso 1º CCOM consagra un derecho del asegurado para poner término al seguro anticipadamente en caso de quiebra de la compañía aseguradora. La norma señala: "Declarada la quiebra del asegurador estando pendientes los riesgos, el asegurado [debe decir "el contratante"] podrá poner fin anticipado y unilateral al contrato, en cuyo caso tendrá derecho a la devolución proporcional de la prima, o bien a exigir que el concurso afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido".

El inciso 3º de la misma norma agrega que, en el caso en que el concurso o el síndico no prestaren la correspondiente fianza para el cumplimiento de las obligaciones de la compañía fallida dentro del plazo de cinco días desde la solicitud judicial, el seguro terminará. A diferencia de la regla del inciso 1º, en este último caso la terminación opera *ipso iure*.

68.17. Situación en caso de quiebra posterior al siniestro que no ha sido pagado

Una situación interesante se produce en el caso en que los riesgos no están pendientes, sino que ha ocurrido un siniestro antes de la declaración de quiebra y la compañía resultó fallida. En este caso, el legislador ha concedido una preferencia (la del artículo 2472 Nº 5 CC, esto es, la que cede a favor de los trabajadores y asignaciones familiares) al beneficiario de un seguro (aunque dice erróneamente "asegurado"), para cobrar el crédito a que tiene derecho por los siniestros ocurridos.

La regla aparece en el artículo 540 inciso 4º CCOM. Resulta interesante destacar que se limita a los casos en que ha ocurrido un siniestro y

[419] Al analizar, en particular, el seguro de vida (*infra* 91), retornaremos nuevamente sobre esta materia.

que éste haya tenido lugar antes de la declaratoria de quiebra, vale decir, sólo si ocurrió un fallecimiento, la sobrevivencia a determinada edad, una erogación patrimonial por causas atenciones de salud, etc., anteriores a la sentencia que declara la quiebra. Por esta razón, no quedan comprendidos en la preferencia ni los siniestros ocurridos después de la declaración de quiebra, ni tampoco los derechos de rescate que ceden a favor del contratante sobre la cuenta única de inversión.

68.18. Beneficio de orden a favor de los beneficiarios de una indemnización respecto de los pagos hechos por el reasegurador en caso de quiebra del asegurador

El inciso final del artículo 540 CCOM dispone que "los pagos por concepto de reaseguros beneficiarán a los asegurados (aunque debe decir beneficiarios), cuyos créditos por siniestros preferirán a cualesquiera otros que se ejercieren en contra del asegurador, sin perjuicio de contribuir a los gastos de administración de la quiebra o liquidación, en su caso".

El legislador ha establecido un beneficio de orden en el pago de los dineros que ingresen a la masa por concepto de pago del reaseguro. Este beneficio sitúa, en primer lugar (pues dice "preferirá a cualesquiera otros"), a los beneficiarios de una indemnización por siniestro (no se distingue si ocurrido antes o después de la quiebra, por lo que debe aplicarse a ambos). Lamentablemente, el legislador no establece cómo es que debe procederse a la imputación de los pagos entre los diversos acreedores respecto de los pagos recibidos del reasegurador.

69. CADUCIDAD DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

Además de los casos de terminación del contrato revisados más arriba, es necesario detenerse en las situaciones en que, estando el contrato de seguro vigente, el asegurador puede negarse a indemnizar un siniestro fundado en una causa legal.

Denominaremos esos casos como de "caducidad de la obligación de indemnizar", pues se trata precisamente de un decaimiento de una obligación por infracción grave a los deberes que fundan el equilibrio contractual.

69.1. Caducidad de la obligación de indemnizar en caso de provocación dolosa del siniestro por parte del beneficiario. Situación del asegurado y del tomador

El artículo 598 CCOM contiene una regla concebida especialmente para los seguros de personas y que, como advierte Contreras, pone el énfasis en la persona del beneficiario.[420] La norma dispone: "El siniestro causado dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, sin perjuicio de la acción criminal a que hubiere lugar".

La regla sólo recibe aplicación contra el beneficiario, por lo que un asegurador diligente debe agregar a sus pólizas de salud, integridad física o accidentes las correspondientes exclusiones por provocación de siniestro cuando ésta provenga no sólo del beneficiario, sino del asegurado e incluso del tomador. Lo anterior debe entenderse sin perjuicio de que las situaciones pudieran estar eventualmente cubiertas por el artículo 535 CCOM, contemplado para "toda clase de seguros".[421]

69.2. Caducidad de la obligación de indemnizar en caso de suicidio antes de dos años desde la celebración del contrato, salvo pacto en contrario que disminuya dicho plazo

Según dispone el artículo 598 inciso 2º CCOM, el suicidio ocurrido antes de dos años contados desde la celebración del contrato (o de sus sucesivas renovaciones) priva al beneficiario del derecho a la indemnización.

La norma está inserta en el artículo relativo a la provocación del siniestro por parte del beneficiario, lo que evidentemente no resulta ajustado a la naturaleza del suicidio, en el que el que provoca el siniestro no es el beneficiario, sino el asegurado. Si las partes nada dicen, el plazo es de dos años, contado desde la celebración del contrato (desde la formación del consentimiento, según las reglas del artículo 515 CCOM) o, si hubo renovaciones, contado desde la última renovación. Las partes no pueden alargar este plazo, dado que la norma es imperativa y un pacto que extendiera

---

[420] Contreras, Osvaldo (2014), p. 657.

[421] Sobre la provocación del siniestro en el seguro de vida, véase *infra* 89.4.

ese plazo no beneficia (sino que perjudica) a la parte débil de la relación negocial. Sin embargo, las partes bien podrían abreviar el plazo.

69.3. Caducidad de la obligación de indemnizar en caso de agravación sustancial del riesgo de seguros de accidentes personales

Nos hemos referido recientemente a esta materia, que se encuentra tratada en el artículo 526 CCOM, en general, para los seguros de daños. Se trata, como se ha visto, de una solución extrema para un caso muy particular que, en los seguros de personas, además, debe limitarse a las coberturas de accidentes personales y de salud de contenido patrimonial, estrictamente descritos en el artículo 601 CCOM.

En el caso en que el contratante o el asegurado no hubiesen informado la agravación sustancial de los riesgos y se hubiese producido el siniestro, el asegurador queda facultado para no indemnizar las coberturas afectadas por el agravamiento.[422]

70. La póliza de seguros

El artículo 512 letra r) CCOM define póliza como "el documento justificativo del seguro". Como se ha revisado al tratar de la formación del consentimiento, el seguro ha dejado de ser solemne, como lo era en el Código de Comercio en su versión original, para pasar a ser un contrato consensual.[423] La póliza es, en consecuencia, sólo su documento justificativo.

La virtualidad "justificativa" de la póliza es, con todo, muy intensa, pues la ley considera que, desde que ésta es emitida, hace plena prueba contra el asegurador.[424]

---

[422] Hemos abordado este asunto *supra* 66.4 y 68.10, y retornaremos sobre este mismo particular *infra* 95.5 y 98.9.

[423] Sobre este particular, véase *supra* 41 y siguientes.

[424] Para la prohibición que pesa sobre el asegurador de probar un error de hecho una vez emitida la póliza, véase *supra* 59.1.

La definición legal de póliza debe leerse en lógica coordinación con el artículo 518 CCOM, que establece las menciones mínimas que debe contener este documento justificativo del seguro.[425] Asimismo, para comprender la estructura y requisitos de este documento, debe ponerse especial atención en las disposiciones de la NCG Nº 349 de la SVS, entre otras regulaciones administrativas especiales sobre información (entre las que destaca la Circular Nº 2.123[426]), además de la normativa sobre protección a los derechos de los consumidores, en la medida en que esta legislación resulte aplicable.[427]

71. Depósito de pólizas de seguros de personas

Las compañías de seguros de personas no pueden comercializar (lo que incluye "ofrecer", según la NCG Nº 349) seguros que no se encuentren agregados al Depósito de Pólizas que lleva por mandato legal la Superintendencia de Valores y Seguros, hoy subrogada por la Comisión para el Mercado Financiero. En efecto, y a diferencia de lo que ocurre con los seguros de daños, todas las pólizas de seguros de personas están sujetas a depósito (artículo 3° letra e) del D.F.L. Nº 251, *contrario sensu*).[428]

El procedimiento de envío de modelos de pólizas a depósito de pólizas está reglamentado en la NCG Nº 349. En ella se ordena a las compañías

---

[425] El artículo 3º letra e) inciso 4º del D.F.L. Nº 251 dispone que la superintendencia fijará, mediante norma de aplicación general, las disposiciones mínimas que deberán contener las pólizas. Se ha planteado por Roberto Ríos que esta norma habría quedado derogada por el nuevo artículo 518 CCOM, opinión que nos parece sostenible.

[426] Para los seguros con cuenta única de inversión (CUI) deberán además observarse los términos de la Circular Nº 2.180, de 25 de junio de 2015.

[427] Es importante advertir que la NCG Nº 349 de la SVS remite expresamente a la Ley Nº 19.496. Sobre la protección al consumidor de seguros, véase, aunque con algunos reparos frente a la desmesurada aplicación que supone de la LPDC en materia de seguros, la obra de Barrientos, Marcelo (2016), *passim*.

[428] El inciso 2º de esta disposición dispone: "Las compañías de seguros del primer grupo, en los casos de seguros de Transporte y de Casco Marítimo y Aéreo, como asimismo en los contratos de seguros en los cuales, tanto el asegurado como el beneficiario, sean personas jurídicas y el monto de la prima anual que se convenga no sea inferior a 200 unidades de fomento, no tendrán la obligación señalada en el párrafo precedente, y podrán contratar con modelos no depositados en la Superintendencia, debiendo la póliza respectiva ser firmada por los contratantes".

proceder por el sistema informático denominado "SEIL", de acuerdo a las instrucciones establecidas en la NCG Nº 314, de 27 de julio de 2011, o la que la modifique o reemplace en el futuro.

71.1. Fecha del depósito. Importancia de esta cuestión

La fecha del depósito será la de la remisión del modelo por intermedio del sistema informático SEIL, salvo que el envío se haya hecho en una fecha y horario no hábil. Si se envía un modelo a depositar en un día inhábil, la póliza será registrada como si hubiese ingresado el día y hora hábil siguiente. Así, el día para comenzar el cómputo del plazo será de aquellos días hábiles señalados en el artículo 36 de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Valores y Seguros, que dispone que se entienden hábiles (para los efectos de esa ley y no de otra) todos los días descontados sábados, domingos y festivos. Con la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.000, esa regla aparece de manera idéntica en el artículo 64.

Respecto del cómputo de los seis días para poder contratar con modelos depositados (artículo 3° letra e) D.F.L. Nº 251),[429] sólo sabemos la forma de computar el primer día del plazo, pero lamentablemente no existe una regla clara para verificar si se trata de un plazo de días hábiles o corridos.

72. OBLIGACIÓN DE CLARIDAD

Según dispone el artículo 3º letra e) del D.F.L. Nº 251, "es de responsabilidad de las compañías que las pólizas de seguros que contraten estén redactadas en forma clara y entendible, que no sean inductivas a error y que no contengan cláusulas que se opongan a la ley". El artículo 3º letra e) inciso 3º del D.F.L. Nº 251 contempla un estándar de cumplimiento de claridad sustancial que toda póliza debe contener.

Según la misma disposición legal antes mencionada, "en caso de duda sobre el sentido de una disposición en el modelo de condición general de

[429] La NCG Nº 349 dispone (Tít. I, Párr. 2) que el plazo de seis días es para "ofrecer y comercializar", lo que se encuentra en contradicción con los términos estrictos del D.F.L. Nº 251, que sólo se refiere a contratar.

póliza o cláusula, prevalecerá la interpretación más favorable para el contratante, asegurado o beneficiario del seguro, según sea el caso".[430] A su turno, el artículo 17 LPDC considera que las cláusulas que adolezcan de falta de claridad o que no sean legibles "no producirán efecto alguno frente al consumidor", lo que, tratándose de un contrato de adhesión (al menos en el condicionado general), debe entenderse aplicable al seguro de personas.

La entonces denominada SVS, a través de la NCG Nº 349 (Título VI), dispuso que la redacción de toda póliza "será clara y entendible cuando ella permita la comprensión directa del texto, utilizando lenguaje adecuado y usual, empleando en su contratación textos tipográficos de tamaño adecuado". Últimamente, la NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2017 (II.1.2d), ha dispuesto que "los textos de las pólizas y cláusulas adicionales que se comercialicen, incluyendo sus condiciones generales y particulares, deben cumplir las disposiciones legales y normativas vigentes, y no ser inductivos a error a los asegurados. Las aseguradoras deben adoptar todas las medidas necesarias para evitar contratar con textos de pólizas que no cumplan con la exigencia indicada en el párrafo anterior,[431] tanto en la forma como en el fondo, esto es, se debe respetar el espíritu de las disposiciones regulatorias y evitar buscar mecanismos indirectos que en definitiva puedan ser una forma de vulnerar dicha disposición".

A su turno, el artículo 17 LPDC prescribe: "Los contratos de adhesión relativos a las actividades regidas por la presente ley deberán estar escritos de modo claramente legible, con un tamaño de letra no inferior a 2,5 milímetros y en idioma castellano,[432] salvo aquellas palabras de otro idioma

---

[430] En ese sentido, Excma. Corte Suprema, 20 de octubre de 2016, "Valores Security con Liberty Compañía de Seguros Generales S.A.", en que se falló precisamente contra el redactor: "Las expresiones equívocas o ambiguas del contrato de seguro, que fue extendido o dictado por la parte demandada, deben interpretarse en su contra, ya que la ambigüedad provendría de una falta de mayor explicación que debió darse por ellas".

[431] El referido párrafo atiende a la llamada "suitability", u obligación de desarrollar y transmitir las características de los productos, teniendo en cuenta los intereses y necesidades de los potenciales clientes.

[432] Sobre el tamaño de la letra y su idioma, Barrientos, Marcelo (2016), p. 129. El inciso 3º del mismo artículo 17 LPDC tiene contempla una excepción en relación con el idioma: "No obstante lo previsto en el inciso primero, tendrán validez los contratos redactados en idioma

que el uso haya incorporado al léxico. Las cláusulas que no cumplan con dichos requisitos no producirán efecto alguno respecto del consumidor". Se trata de una norma que exige claridad formal, no sustancial, que debe ser leída con otras normas de la LPDC que exigen contratar de buena fe, y todas las demás que digan relación con los deberes de información.

Evidentemente que en el régimen de contratos de seguro sujetos a depósito, como ocurre con los seguros de personas, el idioma de la póliza no será un problema, pues una póliza en idioma que no sea el castellano simplemente no podrá ser depositada precisamente por falta de la claridad exigida por el artículo 3º letra e) del D.F.L. Nº 251. Asimismo, la NCG Nº 349 (Título II.1, párrafo 4) dispone que el texto de condiciones generales deberá estar escrito en idioma castellano y expresarse en términos de uso común y general, definiéndose los términos técnicos o conceptuales específicos, necesarios para su adecuada comprensión por los asegurados. Incluso la misma NCG Nº 349 (Título II.3) dispone que las pólizas y cláusulas que no se encuentren afectas a depósito igualmente deberán ser redactadas en idioma castellano o, al menos, contar con una traducción firmada por ambas partes, por lo que podemos considerar que se trata de una regulación general.

En la misma NCG Nº 349, la autoridad reguladora abunda respecto de las disposiciones ya contenidas en el D.F.L. Nº 251, de manera de perfilar con certeza cuál es el criterio para determinar que una póliza no es clara. En ese sentido, el regulador señala que deben entenderse por cláusulas inductivas a error "aquellas condiciones o estipulaciones ambiguas y carentes de claridad necesaria para determinar su sentido y alcance de los riesgos asegurados y los derechos y deberes de las partes".

73. Facultades del regulador para prohibir condicionados

El artículo 3º letra e) inciso 5º del D.F.L. Nº 251 concede a la superintendencia la potestad de prohibir la utilización de un modelo de póliza

---

distinto del castellano cuando el consumidor lo acepte expresamente, mediante su firma en un documento escrito en idioma castellano anexo al contrato, y quede en su poder un ejemplar del contrato en castellano, al que se estará, en caso de dudas, para todos los efectos legales".

o cláusula cuando, a su juicio, su texto no cumpla con los requisitos de legalidad y claridad en su redacción, o con las disposiciones mínimas "señaladas precedentemente".

Es necesario señalar que el inciso 4º de la letra e) del artículo 3º del D.F.L. Nº 251 encomienda a la superintendencia (hoy subrogada por la CMF) determinar por medio de una NCG las condiciones mínimas que debe contener toda póliza, mandato que, como ha advertido el profesor Roberto Ríos en su momento, debe entenderse derogado desde que entró en vigencia el actual artículo 518 CCOM.[433]

Pensamos, siguiendo a Ríos,[434] que la CMF puede prohibir condicionados que adolezcan de falta de claridad, induzcan a error o se opongan a la ley, pero no está dentro de sus facultades legales, hoy, prohibir condicionados que se aparten de los requisitos supralegales fijados por la NCG Nº 349 u otra norma o circular dictada por ella misma. En consecuencia, cualquier acto administrativo emanado de la CMF que pudiera invadir el dominio legal imperativo fijado por el legislador, debe quedar sujeto al régimen de reclamaciones de la Ley Nº 21.000.

74. Estructura de la póliza de seguros. Menciones mínimas

Sobre la base de la normativa general que gobierna las pólizas de seguro, se hace preciso definir cuáles son los contenidos de esta clase de contratos y dónde deben ubicarse.

Las pólizas de seguro se estructuran sobre la base de condiciones generales ("CCGG" o, más estrictamente, "POL") y condiciones particulares ("CCPP"). A ellas pueden agregarse cláusulas adicionales a los condicionados generales, conocidas como "CAD". Todas estas cláusulas forman íntegramente "la póliza de seguro" y quedan sujetas a las disposiciones legales y administrativas respectivas.

---

[433] Ríos, Roberto (2015), "Comentario al artículo 542", en *Comentarios*, p. 467.

[434] *Ibid*.

Como se ha adelantado, el artículo 518 CCOM dispone una lista de cláusulas mínimas que debe contener toda póliza de seguro. Estas cláusulas mínimas legales, en un estudio sobre los seguros de personas, deben ser leídas con cautela, pues en ocasiones parecen pensadas por el legislador exclusivamente para los seguros de daños, como se aprecia particularmente en los requisitos que dicen relación con la llamada "materia asegurada", el valor "del bien" asegurado, entre otros detalles poco cuidados.

Como se aprecia de su encabezado, los requisitos establecidos por el legislador en el artículo 518 CCOM son "mínimos", lo que significa que las partes pueden establecer otras estipulaciones adicionales a las legales, tal como lo permitía el antiguo y derogado numeral 9º del artículo 516 CCOM. Evidentemente, estos requisitos mínimos gozan de la imperatividad normativa del artículo 542 CCOM, por lo que las partes no pueden alterarlos, modificarlos o preterirlos.

Los requisitos mínimos de toda póliza sujeta a régimen de imperatividad que contempla el legislador son:

1. *La individualización del asegurador, la del asegurado y la del contratante si no fuere el mismo asegurado. Si se hubiere designado beneficiario, se indicará su individualización o la forma de determinarlo*. Como es razonable, el numeral 1º del artículo 518 se refiere a los sujetos que participan o pueden participar del contrato de seguros o de sus efectos, sean o no partes de éste. La individualización misma del asegurado y del contratante no es una materia de condiciones generales, sino que de condiciones particulares. En efecto, y como veremos más adelante, las condiciones generales consisten en un modelo estandarizado y de adhesión, que no supone identificación de las personas que participan del contrato ni de otras materias subjetivas del negocio. En relación con la figura del beneficiario, el análisis de este numeral y del artículo 593 CCOM permite colegir que su designación no es de la esencia del contrato de seguro.[435]

2. *La especificación de la materia asegurada*. Si bien la palabra "materia" no es totalmente cómoda para significar la vida o la salud,[436] resulta mejor

[435] Véase *supra* 21.5.

[436] CONTRERAS, Osvaldo (2015), p. 180.

que la referencia a la "naturaleza de los objetos asegurados" que hacía el antiguo artículo 516 Nº 3 CCOM.

3. *El interés asegurable*. Aun cuando el artículo 521 CCOM no considera el interés asegurable como un requisito esencial del seguro, como ocurría con el antiguo artículo 518 del Código de Ocampo, hemos visto que el tratamiento especial derivado de los artículos 513 letra n) y, muy particularmente, de lo prescrito en el artículo 589 CCOM[437] acarrea como natural consecuencia que en los seguros de personas, por excepción, el interés sí deba ser considerado como un requisito esencial del contrato.

4. *Los riesgos que se transfieren al asegurador*. Este elemento contractual nuevamente coincide con uno de los requisitos esenciales del contrato de seguros de personas, que es la existencia y determinación de un riesgo (artículo 521 CCOM). La existencia de un riesgo asegurado acredita la esencial aleatoriedad del contrato del seguro, vale decir, la contingencia incierta de ganancia o pérdida al menos para una o para ambas partes.[438] Si bien se ha discutido en doctrina si el uso de la expresión "transferir el riesgo" (en contraposición a "asumir el riesgo") debe aplicarse al contrato, la cuestión resulta hoy en día algo ociosa en nuestro país, tras la entrada en vigencia de los actuales artículos 512, 513 letra a) y 518 Nº 4 CCOM.[439]

5. *La época en que principia y concluye el riesgo para el asegurador*. Se trata, como se aprecia, de la determinación temporal de exposición al evento dañoso, esencial en toda contratación de un seguro. La determinación de la época en que principia el riesgo no necesariamente calzará con la fecha de la suscripción del contrato, pues es perfectamente posible

---

[437] La regla del artículo 520 CCOM sobre interés sólo al momento del siniestro es difícil de conciliar con el artículo 513 letra n) y con el artículo 589 CCOM, pues se ubica en el párrafo relativo a los elementos comunes a todo seguro, en circunstancias en que el aseguramiento de personas trata sobre el interés de una forma particular. Sobre esto Contreras, Osvaldo (2014), p. 635, y *supra* 65.

[438] Sobre la aleatoriedad del contrato de seguro, tanto para sólo una de las partes como para ambas, véase Nicolas, Veronique (2012), pp. 521 y ss.

[439] Si bien el artículo 513 letra b) habla de que el asegurador "asume" el riesgo, la cantidad de referencias a una "transferencia de riesgo" en la ley permiten dar por superada esta discusión en el país.

establecer modalidades, en la medida en que no afecten la esencia misma del negocio. Respecto de la época de término de la cobertura, es común establecer una fecha determinada, aunque particularmente en los seguros de fallecimiento suele establecerse una "edad máxima de permanencia". En este último caso, si el asegurado llega a la edad máxima de permanencia en el seguro, el contrato termina.[440]

6. *La suma o cantidad asegurada, o el modo de determinarla*. Este requisito es la manifestación contractual de la obligación de indemnizar que pesa sobre el asegurador (artículo 529 Nº 2 CCOM). La suma o cantidad a indemnizar será determinada en las condiciones particulares de las pólizas, pues varía de caso en caso y, en ocasiones, es diversa para los distintos tipos de cobertura pactados en una misma póliza. De igual manera, y de conformidad a las reglas generales del artículo 1461 CC, las pólizas pueden contener simplemente las reglas para determinar la cantidad asegurada. Con todo, para dar por cumplido el requerimiento legal del número 6 del artículo 518 CCOM, la forma de calcular la indemnización al beneficiario debe ser expresada con sujeción a la obligación general de claridad.

7. *El valor del bien asegurado, en caso de haberse convenido*. Este requisito, obviamente sólo resulta aplicable a los seguros de daños y, dentro de ellos, a los seguros reales.

8. *La prima del seguro, y el tiempo, lugar y forma de su pago*. La estipulación de una prima es uno más de los requisitos esenciales del contrato de seguro del artículo 521 CCOM. Consiste en el precio que debe pagar el contratante como contraprestación al asegurador que asume la transferencia del riesgo. Respecto del plazo, lugar y forma de pago, rige la autonomía de la voluntad en la medida en que no se imponga, con infracción a la buena fe, una carga demasiado onerosa, como obligar a pagar la prima en un lugar excéntrico o en una forma determinada. En relación con los medios de pago, es frecuente que las aseguradoras exijan pagos por medios que sean rastreables para cumplir las disposiciones sobre prevención de lavado de activos, operaciones sospechosas y otras conductas. Así, suele ser frecuente que no se acepte pagar en efectivo una prima extraordinaria o aporte en un

[440] Véase *supra* 68.5.

seguro con CUI, aunque no supere los US$ 10.000 contemplados en la Ley Nº 19.913, que crea la Unidad de Análisis Financiero (UAF).[441]

9. *La fecha en que se extiende y la firma material o electrónica del asegurador*. En este numeral, la ley ha cuidado que toda póliza (naturalmente en las condiciones particulares), lleve la fecha de su emisión. Esta fecha servirá, entre otras cosas, para verificar el cumplimiento de la obligación de entrega oportuna de la póliza del artículo 519 CCOM para los seguros individuales y 517 inciso 3º CCOM para los seguros colectivos. El legislador no ha hecho referencia a la hora de la emisión como hacía el numeral 8º del antiguo artículo 516 CCOM, y esto podría tener efectos en caso de designaciones de beneficiario hechas el mismo día, sobre todo teniendo en cuenta que los testamentos (que son un medio para designar beneficiario) sí deben llevar la hora de su otorgamiento, por disponerlo así el artículo 414 del COT. En relación con la firma de la póliza, la ley la ha exigido por regla general sólo al asegurador, como se comprueba del número 10 de este mismo artículo, y ha equiparado (acaso innecesariamente, pues esto ya lo hace la Ley Nº 19.799) la firma manual a la electrónica.

10. *La firma del asegurado en aquellas pólizas que lo requieran de acuerdo con la ley*. Como se señaló, en general forma parte de la póliza como requisito mínimo la firma del asegurador y no la del contratante o asegurado, en su caso. En algunos casos, la ley exige consentimiento expreso y escrito del asegurado, como ocurre con la situación de las pólizas de fallecimiento tomadas sobre la cabeza de un tercero (artículo 598 inciso 2º CCOM), requisito que se satisface con la firma de éste aceptando la persona del beneficiario y el monto asegurado. Del mismo modo, la NCG Nº 349 (pero no la ley) dispone que para las pólizas de grandes riesgos se requiere además de la firma del asegurador la del asegurado. En general, todas las pólizas de seguros de personas valen con la sola firma de la parte aseguradora, ya que el requisito del artículo 589 inciso 2º CCOM puede cumplirse en una declaración escrita anterior o coetánea a la póliza.

---

[441] Artículo 5. "Las entidades descritas en el artículo 3º deberán además mantener registros especiales por el plazo mínimo de cinco años, e informar a la Unidad de Análisis Financiero cuando ésta lo requiera, de toda operación en efectivo superior a diez mil dólares de los Estados Unidos de América o su equivalente en pesos chilenos, según el valor del dólar observado el día en que se realizó la operación".

75. Las condiciones generales de la póliza. Concepto y contenido

La ley se refiere al condicionado general de manera tangencial. En efecto, el artículo 3º letra e) del D.F.L. Nº 251 determina la obligación de depositar los condicionados generales de las pólizas, para luego ordenar que, tratándose de estos condicionados, la interpretación de los pasajes oscuros o faltos de claridad deberá hacerse a favor del asegurado o del beneficiario, en su caso. Además de aquella referencia, no se aprecian más referencias a las condiciones generales de las pólizas que no sean una muy ligera mención en el artículo 543 CCOM, a propósito de la solución de conflictos.

Según hemos revisado más arriba, la ley ordena que los condicionados generales de los seguros de personas siempre estén afectos a depósito.

A falta de una definición legal, el concepto de condiciones generales aparece en la NCG Nº 349 (Titulo II.1). En esta norma, el regulador las caracteriza como "los textos de las pólizas tipo que deben utilizar las entidades aseguradoras en la contratación de los seguros, que contienen las regulaciones y estipulaciones por las que se rige el contrato respectivo". La definición, salvo en lo relativo a su calidad de "pólizas tipo", no es de mucha utilidad.

La NCG Nº 349 ha dispuesto que en las condiciones generales de las pólizas se deberán contener las siguientes estipulaciones (en estricto orden), estableciéndose un artículo diferente para cada una:[442]

1. *Referencia expresa a la imperatividad* (NCG Nº 349 Tít. I, párr. 1., inc. 7°): Toda póliza de riesgos sobre personas deberá incluir en su primer artículo, denominado "Reglas aplicables al contrato", la siguiente cláusula: "Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario".

[442] Las pólizas con APV y con AVPC tienen condiciones mínimas especiales previstas en la Circular Nº 1.893 de 2008 (Nº 2). Las pólizas de SOAP tienen contenido señalado en su propia ley. Las pólizas con CUI se rigen, además, por las disposiciones mínimas exigidas en la Circular Nº 2.180.

Pensamos que la exigencia de transcribir artículos de leyes resulta algo exagerada, aun cuando, tratándose de la imperatividad normativa, manifiesta un compromiso del regulador con la protección del asegurado.[443] La obligación de incorporar este artículo primero en toda póliza que se deposite no se encuentra establecida como requisito mínimo de las pólizas en el artículo 518 CCOM, ni aparece como mandato legal en el artículo 542 CCOM, por lo que se puede argumentar que se trata, en último término, de un requisito excesivo e ilegal.

2. *Cobertura y materia asegurada*. Según hemos revisado al tratar de algunas de las diferencias entre los seguros de personas con los de daños, y tal como apunta Contreras,[444] la expresión "materia asegurada" está empleada en este caso en un sentido genérico, vale decir, su aplicación a los seguros de personas debe entenderse hecha al "objeto de la cobertura". De tal manera, cuando la ley o el regulador se refieren genéricamente a "materia asegurada" para identificar el objeto del seguro de personas, debemos atender a la naturaleza de la cobertura e identificar esa exigencia con la vida, la sobrevivencia, la muerte accidental, la salud y sus coberturas patrimoniales, o bien las coberturas de accidentes personales.

Por su calidad de condicionado tipo, el condicionado general no delimitará ni singularizará la cobertura de una determinada persona o grupo de personas, como obliga hacerlo el artículo 518 Nº 2 CCOM (especificación de la materia asegurada). La singularización de la cobertura es materia de condicionado particular, como veremos que señala la misma NCG Nº 349, Título II, párr. 2.2.

Se pueden (y de hecho suelen) comprender en un mismo contrato de seguro una o más de las contingencias o riesgos propios de los seguros de personas. Ello puede o no ser materia de condicionado general, pues bien pueden agregarse a un seguro individual o colectivo otras coberturas por medio de cláusulas adicionales (CAD).

3. *Exclusiones*: Si bien el concepto de exclusión no aparece expresamente definido en la ley, se desprende claramente del artículo 530 CCOM, que

---

[443] El propio regulador lo apreció así cuando modificó la NCG Nº 349 mediante la NCG N° 353, de 25 de octubre de 2013, que eliminó la obligación de transcribir textualmente los artículos.

[444] Contreras, Osvaldo (2014), p. 180.

establece: "El asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente *excluidas* por ella".

Son las condiciones generales de las pólizas las que deben contemplar, con singular detalle y especificación, las exclusiones aplicables a un seguro. Esto se ha regulado con tal intensidad que la NCG Nº 349 (Título II, párr. 2º) prohíbe expresamente que las condiciones particulares restrinjan o agreguen exclusiones.[445] Asimismo, las exclusiones deberán coincidir de manera perfectamente congruente con las que fueron enviadas al asegurable en la documentación e información de la fase precontractual en virtud del artículo 514 CCOM. Esta obligación de información ha quedado también plasmada por el regulador en el Título V, párr. 6º, de la Circular Nº 2.123.[446]

Finalmente, es preciso señalar que la NCG Nº 349 contempla una regla especial relativa a las exclusiones y preexistencias en los seguros de personas, pues se exige que las condiciones generales de la póliza señalen expresamente que las preexistencias corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud que han sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro, ajustándose en esta materia textualmente al artículo 591 CCOM.

4. *Obligaciones del asegurado*: En todo condicionado general deberán aparecer las obligaciones del asegurado, entre las que aparece circunstanciadamente la de declarar sinceramente el estado del riesgo, conforme a los artículos 590 y 524 a 526, todos del CCOM.[447]

---

[445] NCG Nº 349 II.2: "Las condiciones particulares, sólo pueden modificar el texto de las condiciones generales depositadas en caso de establecerse condiciones más convenientes o favorables para el asegurado o beneficiario, en su caso, suprimiendo exclusiones, restricciones o requisitos especiales de cobertura, sin que con ello se modifique sustancialmente el tipo de riesgo o la cobertura. No se podrán agregar exclusiones".

[446] Circular Nº 2.123 V.6: "La información destinada a ser entregada al público deberá contener a lo menos las siguientes menciones: destinatario de la oferta de seguro, individualización de la compañía aseguradora y entidad intermediaria si correspondiere, características del seguro, requisitos de asegurabilidad, extensión de la cobertura y sus limitaciones, indicando el código de depósito de modelo de texto de las condiciones generales de la póliza y cláusulas adicionales respectivas en la Superintendencia de Valores y Seguros".

[447] Para la buena fe que debe exigirse (a ambas partes) a propósito de este deber, DOMÍNGUEZ ÁGUILA, Ramón (1998), en *Revista Chilena de Derecho* Nº 25, pp. 205-2015.

A nuestro juicio, en los condicionados generales de los seguros de personas es necesario incorporar, además, las exigencias sobre declaración de existencia de un interés asegurable (artículos 518 Nº 3 y 589 CCOM), así como la obligación de informar acerca de otros seguros que amparen el mismo riesgo en el caso de los seguros de coberturas patrimoniales (artículo 524 Nº 2 CCOM). Debe aparecer, además, la obligación de acreditar la ocurrencia del siniestro (artículo 524 Nº 8 CCOM, salvo en el caso de fallecimiento, caso en el que esta obligación pesa sobre el o los beneficiarios, aun cuando veremos que el regulador ha normado esta cuestión en detalle), la de denunciar el siniestro,[448] la de declarar dolencias preexistentes diagnosticadas con anterioridad al asegurado o por quien contrata a su favor (artículos 525 y 591 CCOM), la de no provocar el siniestro intencionalmente y las reglas especiales relativas al suicidio (artículo 598 CCOM).

5. *Agravación o alteración del riesgo*. En general, esta mención propia del condicionado general sólo resulta aplicable a los seguros de daños, pues el artículo 526 inciso final dispone que "salvo en la modalidad de los seguros de accidentes personales, las normas sobre agravación del riesgo no tienen aplicación en los seguros de personas". Es importante recordar que el artículo 526 CCOM obliga al asegurado o al contratante (de daños) a informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato. Para ello tienen un plazo fatal de cinco días contados desde que conoció la agravación, siempre que, por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador. Como es evidente, en los seguros de fallecimiento, la agravación del riesgo de fallecimiento no depende de la voluntad del asegurado y, por ello, no altera el contenido contractual. De hecho, es propio de la contratación de esta especie que el riesgo se agrave mientras el asegurado se hace mayor.[449] Si, por otra parte, el asegurado de fallecimiento decide practicar deportes extremos o pasatiempos de alto riesgo, el asegurador debe prever tales situaciones como exclusiones, pues el artículo 526 inciso final CCOM impide (acaso

[448] Véase *infra* 88, sobre la denuncia de siniestro.

[449] En general, como afirma Latorre Chiner, Nuria (1998), Nº 93, p. 162, en los seguros de vida "la edad y la salud no pueden ser consideradas como hechos que agraven el riesgo, por tratarse de conocidos o, cuando menos, previsibles desde la perfección del contrato".

de manera demasiado extrema) dar lugar a los ajustes y a las rescisiones propias del agravamiento de los seguros de daños. La imperatividad normativa impide que una póliza se remita a las normas del artículo 526 CCOM sobre agravación del riesgo en las modalidades de seguros de personas que no sean accidentes personales.[450] Por supuesto, los seguros de personas de coberturas patrimoniales del artículo 601 CCOM sí quedan afectos a las reglas y efectos de la agravación del riesgo.

6. *Declaraciones del asegurado*: La exigencia de la NCG Nº 349 no se refiere a que en este condicionado tipo llamado condiciones generales aparezcan cada una de las declaraciones de un determinado asegurado, sino una lista de "declaraciones tipo". Este requisito se cumple con indicar que el asegurado declarará en las condiciones particulares, o en otra documentación precontractual, el detalle de éstas. Las condiciones generales de las pólizas de seguros de personas suelen transcribir las reglas del artículo 525 CCOM para dar cumplimiento a este requerimiento, y las compañías proveerán al asegurado o al contratante, en su caso, del cuestionario respectivo.[451]

7. *Prima y efectos del no pago de la prima*: Como condicionado tipo, las condiciones generales no expresarán cuál es el valor de la prima a cobrar al contratante, sino que la exigencia de la NCG Nº 349 se refiere más bien a que deben expresarse las reglas para la determinación de la prima y el lugar donde se debe pagar (normalmente, las oficinas de la compañía), los tipos de prima que contempla el seguro y los efectos legales e imperativos del no pago, los que no pueden ser más gravosos en la póliza que en la ley (artículo 528 CCOM). En los seguros con CUI incluso podrán aparecer mandatos para que la compañía pueda proceder en caso de mora en el pago de la prima a descontarla del valor póliza, aun cuando este mandato bien puede estar en el condicionado particular o suscribirse en un documento distinto.

8. *Denuncia de siniestros*: Lo que las condiciones generales de las pólizas deben establecer es el régimen legal y reglamentario relativo a la denuncia del siniestro. Asimismo, en este condicionado suelen establecerse los plazos para hacer la denuncia. Hemos visto al tratar sobre las obligaciones y

[450] Ver, por ejemplo, la POL 3 2013 0056.

[451] Sobre la declaración guiada por cuestionario, véase *supra* 47.1.

cargas que impone el contrato que, en el caso de los seguros de personas, el régimen de denuncia del siniestro es distinto según se trata de un seguro de fallecimiento, o bien de otra clase de riesgos.[452] En el primer caso, la denuncia del siniestro pesa siempre sobre los beneficiarios, pues el asegurado ha muerto. La NCG Nº 397, que modifica la NCG Nº 306, ha dispuesto un sistema especial de publicaciones en diarios (digitales o en soporte de papel) y en la página web de la compañía, con el fin de poner sobre aviso a los eventuales beneficiarios de un seguro de fallecimiento, así como a terceros que tengan interés en cobrar el seguro.

A su turno, el artículo 12 del D.F.L. Nº 251, modificado por la Ley Nº 20.552, de 17 de diciembre de 2011, dispone que la SVS (hoy CMF) deberá entregar la información sobre los seguros a quienes acrediten tener la calidad de asegurados. En caso de incapacidad judicialmente declarada o muerte de un asegurado, tal información debe entregarse a quienes acrediten tener la calidad de cónyuges, convivientes civiles,[453] hijos, padres, beneficiarios u otros legítimos interesados.

El D.S. Nº 1.161, de 2012 (o Reglamento de Consulta de Seguros), y la NCG Nº 342, de 11 de diciembre de 2012, dan ejecución al artículo 12 del D.F.L. Nº 251, creando y regulando el "Sistema de Consultas de Seguros". Las consultas pueden hacerse en el sitio web www.conocetuseguro.cl.

Además de las consultas hechas por las personas establecidas en la ley y en la NCG Nº 251, las compañías deben entregar a la CMF, a su solo requerimiento, la vigencia y el tipo de seguro de acuerdo al código de depósito, pero les queda prohibido informar antecedentes relacionados con la identidad del beneficiario o las condiciones establecidas para ello en el seguro. Dicha información deberá proporcionarse mientras las obligaciones de la compañía estén vigentes. Posteriormente, y en perfecta sintonía con las obligaciones de la Ley Nº 19.628, la CMF debe resguardar la privacidad de la información y deberá eliminar la información transcurridos 60 días

[452] Sobre la denuncia del siniestro, véase *infra* 88.

[453] La NCG Nº 342 agrega al conviviente civil como una de las personas que pueden consultar sobre la existencia de un seguro, en consonancia con la generalidad de las normas contenidas en la Ley Nº 20.830.

desde su recepción. Ahondaremos sobre la denuncia del siniestro en el párrafo correspondiente.[454]

9. *Terminación*: El condicionado general deberá señalar las reglas sobre terminación del contrato, establecidas imperativamente en el artículo 537 CCOM. Para el caso del seguro de vida, la ley indica expresamente que ninguna póliza podrá establecer el derecho del asegurador a hacer caducar unilateralmente el contrato (artículo 600 CCOM). Esta norma prohibitiva debe leerse en concordancia con la imperatividad normativa, vale decir, un pacto que permitiera la terminación unilateral del seguro de vida no sólo no es renunciable, sino que tiene objeto ilícito.

10. *Comunicación entre las partes*: En el condicionado general se determinará cuál será el régimen de comunicación entre las partes, pero serán las condiciones particulares las que fijen con exactitud y detalle la forma de ejercer esta comunicación, por ejemplo, señalando cuál es el correo electrónico o domicilio del contratante, del beneficiario, etcétera. Es relevante señalar que si el asegurador cambia de domicilio postal, fijado éste como medio de comunicación entre las partes, o por cualquier razón muta su dirección electrónica, deberá modificar esta parte de la póliza mediante un endoso, notificando de esta situación a sus clientes.

76. Presunción de representación del asegurador

La parte final del artículo 518 CCOM introduce una presunción simplemente legal que señala que se presume que actúan en representación del asegurador quienes firman las pólizas o documentos que las modifiquen (como los endosos), y además que se presume que sus firmas son auténticas.

Aunque la ley no lo prescriba de esta forma, pensamos que es de toda lógica que la misma presunción debe aplicarse a la documentación precontractual aportada en virtud del artículo 514 CCOM.

---

[454] Véase *infra* 88 y siguientes y, especialmente, 89.3.

El efecto de esta presunción es, como siempre, invertir el peso de la prueba en contra del asegurador, quien, en cualquier caso, podrá probar la falta de representación o la falta de autenticidad de las firmas.

La cuestión es importante, puesto que se genera un sistema de protección doble al contratante o asegurado. En efecto, con el mérito de inversión de la carga probatoria la póliza misma obtiene una presunción de validez y de veracidad de las cláusulas contenidas en ella, y el asegurador no podrá alegar error de hecho conforme lo dispone el artículo 515 inciso 3º CCOM.[455]

77. El principio "a favor del asegurado" en las condiciones generales

El artículo 3º letra e) inciso 3º del D.F.L. Nº 251 dispone que es "responsabilidad de las compañías que las pólizas de seguros que contraten estén redactadas en forma clara y entendible, que no sean inductivas a error y que no contengan cláusulas que se opongan a la ley. En caso de duda sobre el sentido de una disposición en el modelo de condición general de póliza o cláusula, prevalecerá la interpretación más favorable para el contratante, asegurado o beneficiario del seguro, según sea el caso".

Pese a que, como se sabe, el artículo 3º del D.F.L. Nº 251 trata de las atribuciones de la entonces denominada SVS (hoy subrogada por la CMF), el legislador ingresó en esta norma un criterio de interpretación a favor de la parte que juzgó más débil en la relación contractual, vale decir, el contratante, asegurado o beneficiario, según corresponda. Este criterio se repite en la NCG Nº 349 (Título 5, párr. 4º).

Habiendo ubicado el legislador este criterio de interpretación en la letra e) del artículo 3º del D.F.L. Nº 251, que trata del depósito de pólizas, podría pensarse que esta forma de dar ejecución al contrato sólo se debe aplicar a los contratos depositados. Ayuda a esta argumentación que el legislador la haya contemplado sólo respecto de las condiciones generales (que son las que se depositan).

[455] Sobre esta prohibición al asegurador, véase *supra* 59.1.

Nos parece que, a falta de una distinción legal, la regla debe entenderse aplicable a toda condición general de un contrato de seguro, así como a las cláusulas adicionales (CAD), regla que por lo demás está en perfecta sintonía con el inciso final del artículo 1566 del Código Civil.[456]

Con todo, y aunque no parece plenamente ajustado a la juridicidad que no sea el legislador sino el regulador quien imponga reglas de interpretación de los contratos, la NCG Nº 349 dispone en su Título V que la obligación de claridad de las disposiciones del contrato debe ser aplicable al texto íntegro de la póliza, comprendiéndose en él las condiciones particulares del seguro y los documentos anexos relativos a su contratación. La misma disposición se aprecia con bastante claridad en la NCG Nº 420 (I.1.2.d).

78. Las condiciones particulares singularizan la póliza

La NCG Nº 349 (II.2) define las condiciones particulares como "… todas aquellas estipulaciones que regulan aspectos que por su naturaleza no sean materia de condiciones generales, y que permiten la singularización de una póliza de seguro determinada, especificando sus particularidades…". Como se aprecia, las condiciones particulares no necesariamente deben identificarse con un "contrato tipo" ni de adhesión, como sí ocurre con el condicionado general.

En las condiciones particulares, señala el regulador, se "singulariza" la póliza, dándole un contenido subjetivo, pues, entre otras cosas, se individualizan con el mayor detalle posible los sujetos del contrato. Pero las condiciones particulares también dotan al contrato de un contenido objetivo, pues se singularizan o determinan las coberturas, las vigencias, los montos, entre otras materias que pasaremos a analizar.

Para singularizar la póliza, las condiciones particulares deberán contener:

1. *Requisitos de asegurabilidad o aseguramiento*. La ley no define lo que debe entenderse por requisitos de aseguramiento. Tampoco lo hace el

[456] Un análisis completo sobre esta forma de interpretación del contrato de seguro en BARROILHET, Claudio y ANGELBECK Robert (2017), *Derecho de seguros*, Santiago de Chile, Librotecnia, pp. 198 y s.

regulador. En general, podemos señalar que existen requisitos legales de asegurabilidad que se identifican propiamente con los elementos esenciales del contrato de seguro, vale decir, la existencia de un riesgo, la estipulación de una prima, la obligación condicional de indemnizar, además del interés asegurable, especialmente en el seguro de vida. Son también requisitos de asegurabilidad la capacidad de ejercicio del contratante o del asegurado, en su caso.[457] En el seguro de vida tomado sobre la cabeza de un tercero es también un requisito legal de asegurabilidad la obtención del consentimiento del tercero (artículo 589 inciso 2º CCOM).

Pero pueden existir requisitos contractuales de asegurabilidad, vale decir, los que vienen impuestos por la voluntad de las partes, normalmente de la compañía aseguradora. Tales son, por ejemplo, la delimitación del ámbito geográfico del riesgo, la identificación precisa de los prestadores en que se deben llevar a efecto las atenciones de salud que dan derecho a reembolso de gastos, el resultado favorable de determinados exámenes médicos solicitados al asegurable, una edad máxima de ingreso al contrato, entre otros.

En la Circular Nº 2.123 (III.6), el regulador ha resuelto que, para los seguros colectivos, el certificado de cobertura (que según el artículo 517 CCOM equivale a la póliza) debe igualmente contener las condiciones especiales de asegurabilidad que se hayan establecido para el riesgo del asegurado, y pone bajo responsabilidad del asegurador recoger la fehaciente voluntad de la aceptación del asegurado de estas condiciones. La misma circular (V.7) establece que las promociones que se hagan por medio de páginas web o folletos deberán contener al menos una descripción de las condiciones de cobertura.[458]

2. *Cobertura y materia asegurada*. No se trata de una repetición del requisito establecido como mínimo para las condiciones generales, sino que de su determinación concreta. El cumplimiento de este requisito se logra, básicamente, con la singularización de la exigencia general del artículo 518

[457] Por ejemplo, la cláusula que pone de cargo del asegurado suministrar la edad y libera a la compañía por errores en la determinación de la capacidad de ejercicio por minoría de edad no puede considerarse válida.

[458] Como hemos revisado *supra* 56.5, para los seguros telefónicos la Circular Nº 2.148 III.3 exige expresamente informar al cliente las "condiciones especiales de asegurabilidad".

Nº 2 CCOM, que se traduce en el objeto específico de la cobertura y del riesgo asegurado, por ejemplo, la vida de un individuo determinado, o los gastos de salud de determinada persona o grupo familiar, hasta un tope de x o y Unidades de Fomento u otra unidad monetaria.

3. *Individualización del asegurador, contratante, asegurado y beneficiario, si corresponde.* El cumplimiento de este requisito es el que da singularización subjetiva al contrato, pues quedan identificados todos los que participan como sujetos del contrato de seguro. En relación con el beneficiario, ya antes hemos revisado que su designación no constituye un elemento esencial del contrato, sino que un derecho que el contratante podría eventualmente no ejercer. Si no se ejerce el derecho a designar un beneficiario, la designación es suplida por la ley, según dispone el artículo 593 inciso 2º CCOM.[459]

4. *Descripción, destino, uso y ubicación del objeto o materia asegurada*. Este requisito es difícilmente aplicable a los seguros de personas, pues se refiere, de forma bastante clara, a un objeto, cosa o materia asegurada.

5. *Monto o suma asegurada*. En el artículo 552 CCOM se regula esta cuestión a propósito de los seguros de daños, señalando que "la suma asegurada es el límite máximo de la indemnización". Para los seguros de personas no aparece una regla de estas características. La cuestión, a nuestro juicio, dice relación con la obligación condicional de indemnizar, en la forma y condiciones descritas en el contrato. El monto podría no estar determinado, con tal de que sea determinable y se aporten en la póliza los datos para su determinación, como se colige del artículo 518 Nº 6 CCOM y del artículo 1461 inciso 1º CC.

6. *Prima convenida*. Como se ve, ya no se trata de establecer que el seguro tendrá una prima de tal o cual característica, sino que de la concreta estipulación de un precio determinado, como la define el artículo 513 letra s) CCOM y la exige el artículo 521 CCOM.

La Circular Nº 2.123, Nº II.1, dispone que en toda póliza deberá establecerse la prima *total* cobrada al asegurado, la que deberá venir desglosada

[459] Véase *supra* 24.

en los montos correspondientes a la cobertura básica, a cada una de las coberturas adicionales contratadas y al impuesto al valor agregado (IVA), si es que corresponde. Para el caso de las pólizas de multirriesgo, la prima deberá ser desglosada para cada una de las coberturas contratadas. Es importante señalar que en un mismo contrato de seguros de personas pueden existir distintas clases de primas asociadas a diversos conceptos, como ocurre en el caso de las pólizas de accidentes personales que contemplan varios planes, entre los cuales el contratante puede elegir uno, varios o todos.[460]

7. *Lugar, tiempo y forma del pago de la prima*. Este requisito consiste también en la determinación singular de la estipulación de una prima, la moneda (aunque la ley hoy permite pagar en especies o en un hecho estimable en dinero, según el artículo 527 inciso 2º CCOM),[461] la periodicidad del pago, entre otras características, tal como lo dispone el artículo 518 Nº 8 CCOM. La determinación de este requisito redunda en la obligación del contratante de pagar la prima en el lugar y tiempo convenidos del artículo 524 Nº 3 CCOM. A falta de estipulación, debe regir el inciso final del artículo 527 CCOM, que señala: "Salvo pacto en contrario, el pago de la prima se hará al entregarse la póliza, el certificado de cobertura o el endoso, según corresponda, y deberá hacerse en el domicilio del asegurador o en el de sus representantes, agentes o diputados para el cobro".

8. *Franquicias, deducibles y duración del seguro*. Estos tres requisitos del condicionado particular son esenciales para la cuantificación del riesgo y para delimitar temporalmente el riesgo. En el derecho comparado, "franquicia" y "deducible" suelen ser tratados como sinónimos.[462] No es el caso de la ley chilena, que define "franquicia" como "la estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan que aquél [el asegurado] soportará la totalidad del daño cuando éste exceda del monto que se hubiere pactado" (artículo 513 letra k) CCOM). A su turno, la ley define "deducible" como

---

[460] Sobre la prima en los seguros de personas, véase *supra* 63.

[461] Sobre el pago de la prima, véase *supra* 63.1 y 63.2.

[462] *Diccionario Mapfre*, *sub voc*. "Franquicia": "Una cantidad por la cual el asegurado es su propio asegurador, ya que en caso de siniestro soportará con su patrimonio la parte de los daños que le corresponda. Sirve para reducir el importe de la prima de un seguro. En algunos países se denomina "deducible".

"la estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último [el asegurado] soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado". Como se aprecia, ambos se distinguen en que la franquicia fija un monto máximo fijo en el que es el asegurado quien soporta la totalidad del riesgo, luego del cual responde el asegurador. En cambio, el deducible supone que el asegurador comparte el riesgo con el asegurado o beneficiario en un porcentaje de uno o varios eventos. En los seguros de salud y de accidentes resulta muy importante que un contratante o asegurado verifique con cautela no sólo el monto de los deducibles y franquicias, sino que también, y especialmente, si éstos han sido pactados "por evento".

9. *Comisiones de los intermediarios*. El regulador ha determinado que sean las condiciones particulares de las pólizas las que indiquen la existencia y monto de las comisiones y estipendios de corredores u otros intermediarios. La cuestión está regulada con más detalle en la Circular Nº 2.123, que dispone que toda póliza deberá indicar expresamente, *en carácter informativo*, el total de la comisión de intermediación pactada con el corredor de seguros. En caso de las rentas vitalicias del D.L. Nº 3.500, la información deberá referirse al asesor previsional o agente de ventas, según corresponda.[463] Además, debe informarse al contratante o asegurado, en su caso, cualquier otra comisión o estipendio devengado a favor del tomador, intermediario u otras personas relacionadas a éstos. El monto de las comisiones se deberá indicar sólo con las palabras "comisión del corredor", "comisión de asesor previsional" o "retribución o comisión por venta del agente", según corresponda. En caso de otras comisiones distintas a las antes referidas, se deberá indicar con precisión la entidad que la percibe y el servicio a que se refiere.

Si las comisiones se estipulan como un porcentaje de la prima, la póliza deberá indicar claramente la mención "% de la prima" y si este mismo estipendio corresponde a prima bruta o neta.

En caso de indicarse la comisión en una moneda o unidad, la póliza deberá identificar clara e inequívocamente la moneda o unidad empleada (peso, UF, dólar u otra), aun cuando bien sabemos que la ley hoy permite

[463] Para las comisiones y demás estipendios de corredores y otros intermediarios, véase *supra* 55 y siguientes.

pactar primas en especies o en hechos valorables en dinero (artículo 527 inciso 2º CCOM). En los casos en que el pago de la comisión de intermediación del corredor se efectúe en forma diferida en el tiempo, incluya pagos por concepto de gastos de inspección u otras actividades encargadas al corredor o esté sujeta al cumplimiento de determinadas condiciones, se deberá informar en la póliza el monto total de esta comisión, pudiendo incluirse en cada caso una explicación en relación con la forma de pago y el desglose de la comisión en sus diversos componentes.

Las disposiciones de la Circular Nº 2.123 relativas a las comisiones de los intermediarios, así como las demás relacionadas al pago de la prima, se encuentran en evidente consonancia con lo dispuesto por el artículo 17 B letra a) de la LPDC, que exige, con rango legal y preminente, desglosar los cargos, comisiones, costos y tarifas que expliquen el valor efectivo del servicio prestado.

La Circular Nº 2.123 regula aun otros aspectos que deben cumplir las condiciones particulares de las pólizas. Los Nºs. I.1 y I.2 disponen que deben incluirse en el condicionado particular expresamente: 1) la cobertura básica y todas y cada una de las coberturas adicionales contratadas, y 2) para la cobertura básica y para cada cobertura adicional, deberá indicarse, cuando así corresponda, el límite de responsabilidad respectivo y los deducibles o franquicias acordados. La indicación en el caso de las coberturas adicionales sólo será obligatoria si los límites de responsabilidad y los deducibles o franquicias que se hubieren convenido fueren distintos a los pactados para la cobertura básica.

78.1. Las condiciones particulares no pueden restringir el condicionado general

Antes hemos visto que las condiciones generales de las pólizas de seguros de personas están sujetas a depósito y a una especie de control de legalidad *a posteriori* por parte del regulador. Un efecto natural de este control, sin el cual podría devenir en letra muerta, es que, según indica la NCG Nº 349 (Título II.2), el condicionado particular "… sólo puede modificar el texto de las condiciones generales depositadas en caso de establecerse condiciones más convenientes o favorables para el asegurado o beneficiario, en su caso, suprimiendo exclusiones, restricciones o requisitos especiales de

cobertura, sin que con ello se modifique sustancialmente el tipo de riesgo o la cobertura. No se podrán agregar exclusiones".

79. Menciones especiales de las pólizas de seguros de personas establecidas por el regulador en la NCG Nº 349

La NCG Nº 349 (Tít. II, párr. 1) dispone que, tratándose de seguros de personas, la incorporación en las condiciones generales de la póliza de exclusiones de cobertura por enfermedades o dolencias preexistentes deberán señalar expresamente que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

Si bien esta condición no se establece como mínima en la ley, podría identificarse con la especificación del riesgo del artículo 518 Nº 4 CCOM. Esta información deberá ser congruente con toda la referida a las exclusiones, que, como hemos revisado, el asegurador debe enviar antes de la celebración del contrato, según lo dispone el artículo 514 CCOM.

Resulta importante señalar que no sólo se comprenden las enfermedades, sino también las "dolencias y situaciones de salud" que sean o hayan sido diagnosticadas, pero también aquellas que, sin haber sido diagnosticadas médicamente, son conocidas del asegurado o de quien contrate a su favor.

79.1. Menciones especiales de las pólizas de seguros de vida con cuenta única de inversión (Circular Nº 2.180)

La NCG Nº 349 no agota la actividad reguladora cuando se trata de fijar los condicionados mínimos de las pólizas de seguro. En el caso de los seguros con cuenta única de inversión (CUI),[464] la Circular Nº 2.180, de 25 de junio de 2015, dispone una regulación complementaria y bastante completa sobre las cláusulas mínimas que deben comprender tanto en sus condicionados generales como particulares.

[464] Sobre esta clase de seguros, véase *infra* 89.11.

La razón que ha tenido la autoridad para reglamentar esta clase de pólizas con mayor celo es, evidentemente, la identificación de este seguro con un producto financiero,[465] pues consisten en un mecanismo de ahorro bastante utilizado en el país.

En uso de las facultades de exigir claridad en las pólizas, de las reglas generales sobre conducta de mercado establecidas en la NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2017, además de las disposiciones de la LPDC sobre productos financieros (de los cuales los seguros con CUI forman parte), la autoridad ha establecido una exigente regulación para esta modalidad de seguros de vida, detallando los derechos del contratante con extremo celo, particularmente en lo que dice relación con los derechos de rescate total o parcial, la valorización de la CUI, la elección y cambios de la modalidad o modalidades de inversión, el derecho a solicitar préstamos, saldar la póliza o prorrogarla y, últimamente, la eliminación de los llamados "cargos por rescate total".

Es así como la Circular Nº 2.180 dispone que los condicionados generales de los seguros que contemplen CUI deberán establecer y definir claramente todos los cargos que la compañía cobra al asegurado, incluyendo los costos de las coberturas, detallando la forma, momento y periodicidad en que se cobrarán y sobre qué monto o base se aplicarán, para lo que se deberá establecer, a su vez, en las mismas condiciones la forma de cálculo.

Además, esta clase de pólizas deberá estipular la modalidad en que se compone el saldo de la cuenta única de inversión en el tiempo, de manera de dar una información completa sobre el producto y su desarrollo al inversionista.

En consonancia con la legislación sobre consumidores de productos financieros, los cargos que toda póliza con CUI contemple deberán expresarse en la póliza de tal manera que sean de fácil determinación y conocimiento por parte del asegurado (más bien debería decir "el contratante"), y podrán establecerse cargos sobre la rentabilidad de la alternativa (o alternativas)

[465] Sobre las diferencias del "contrato de capitalización" con el seguro con cuenta de inversión, véase Nicolas, Veronique (2012), pp. 511 y ss. También Provost, Magalie (2009), pp. 154 y ss.

de inversión que ofrece la póliza, por lo que la rentabilidad ofrecida deberá expresarse neta de todo cargo o costo asociado.

Las condiciones generales de estas pólizas, además, deben establecer el tratamiento de los repartos de dividendos y otros beneficios de las distintas alternativas de inversión que se contemplen.

En lo que dice relación con los derechos del contratante, sobresale como exigencia que debe constar de todo condicionado general la posibilidad de rescate total de la CUI en cualquier momento y a voluntad del contratante. La norma, acaso violentando lo dispuesto en otras regulaciones sobre la materia, ha señalado que todo condicionado general debe contemplar que el derecho a rescate total de la CUI no puede estar afecto a ningún cargo ni condición o procedimiento que lo obstaculice o demore más de 10 días hábiles desde que se formalice la solicitud. Además, la póliza debe contener el derecho de todo contratante a cambiar su alternativa de inversión, en caso de haber disponible más de una.

En cuanto a los derechos de información, la Circular Nº 2.180 exige que las condiciones generales señalen que la CUI corresponde única y exclusivamente al valor de rescate total (o valor póliza), debiéndose establecer la oportunidad en la que se valorizarán las inversiones y en que se calculará el monto a rescatar. Asimismo, la póliza deberá señalar claramente la forma, oportunidad y periodicidad de la determinación de la rentabilidad que se abonará a la CUI.

Por su calidad de producto financiero, toda póliza con CUI deberá reflejar la rentabilidad de un activo objeto o un instrumento cuyo valor sea de público y periódico conocimiento, tales como cuotas de fondos mutuos o de inversión, tasa de interés de mercado, índice de instrumentos financieros de mercado, tasa de interés garantizada, o bien una combinación o una fracción de los anteriores. Si se tratase de tasas de interés, éstas deberán ser pactadas para toda la vigencia de la póliza, sin perjuicio de que, como hemos señalado, se puede contemplar la facultad del contratante de modificar su alternativa de inversión.

Una prohibición muy relevante para quienes comercialicen pólizas de esta clase es que, entre las alternativas de inversión, no puede ofrecerse una cartera de inversión propia de la compañía de seguros.

La Circular Nº 2.180 ordena consignar en las condiciones particulares todos los montos, guarismos, tasas o porcentajes de los cargos que la compañía cobrará al contratante, los que deben corresponder a conceptos definidos en las condiciones generales. Asimismo, deben consignarse en las condiciones particulares las tasas de costo de cobertura por edad y género, si corresponde, y de las cláusulas adicionales, en caso de ser contratadas.

Un requisito de información básico exigido en el condicionado particular es que deberán consignarse los cargos por rescate parcial (pues los cargos por rescate total no se permiten), así como los cargos por redistribución de las inversiones, incluso contemplándose la transcripción de la respectiva fórmula matemática si la determinación del descuento corresponde a una función.

Es, asimismo, en el condicionado particular donde deberá contemplarse la elección de la o las alternativas de inversión seleccionadas por el contratante y de la forma en que se determinará la indemnización por siniestro.

80. La entrega de la póliza

Resulta consistente con el sentido común que el asegurador y cualquier proveedor de bienes y servicios deba entregar a su contratante una copia del contrato. Esta exigencia se hace aún más necesaria en la contratación en masa, con cláusulas predispuestas por el proveedor.

En nuestro país, la legislación de consumidores ha establecido la obligación de entregar las condiciones de los contratos en el artículo 17 inciso final de la LPDC, que dispone: "Tan pronto el consumidor firme el contrato, el proveedor deberá entregarle un ejemplar íntegro suscrito por todas las partes. Si no fuese posible hacerlo en el acto por carecer de alguna firma, entregará de inmediato una copia al consumidor con la constancia de ser fiel al original suscrito por éste. La copia así entregada se tendrá por el texto fidedigno de lo pactado, para todos los efectos legales".

En lo referido especialmente al contrato de seguro, nuestra legislación ha establecido reglas y plazos especiales para la entrega del contrato, distinguiéndose si se trata de seguros individuales o colectivos.

El artículo 519 CCOM señala: "El asegurador deberá entregar la póliza, o el certificado de cobertura, en su caso, al contratante del seguro o al corredor que la hubiera intermediado, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la perfección del contrato". El inciso segundo agrega: "El corredor deberá entregar la póliza al asegurado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción". Tal como se plantea ya desde la moción parlamentaria,[466] el asegurado podrá objetar el contenido de la póliza, valiéndose de los medios de prueba del artículo 515 inciso 2º CCOM, mientras que al asegurador no se le permitirá alegar error de hecho sobre el tenor de la póliza que ha emitido.[467]

La obligación de entrega de la póliza se manifiesta con tal intensidad que la ley hace responsable al asegurador (o al corredor, en su caso) por los daños y perjuicios que esta omisión pudiera causar (artículo 519 inciso final CCOM).

80.1. Entrega del certificado de cobertura en los seguros colectivos

El artículo 517 inciso 3º CCOM, que trata de los seguros colectivos, señala que la obligación de entrega se satisface con la entrega "al menos" de un "certificado de cobertura" a quienes se incorporen al seguro.[468] La ley ordena que la entrega del certificado (o de la póliza, en su caso) la hace el asegurador "a través del tomador". En los seguros colectivos se llama tomador a quien celebra el contrato por el grupo asegurado, y se hace responsable por su actuación en las pólizas que intervenga, sin perjuicio de la responsabilidad directa del asegurador (artículo 517 inciso 7º CCOM).[469]

Si el tomador sólo entrega un certificado de cobertura y no una copia de la póliza, el asegurador, el corredor y el tomador mismo quedan obligados a mantener a disposición de los interesados una copia íntegra de la póliza. Es del caso recordar que la misma ley define certificado de cobertura, en

---

[466] *Historia de la Ley*, p. 7.

[467] Véase *supra* 59.1.

[468] Nada impide, por supuesto, cumplir mediante la entrega de un ejemplar íntegro de la póliza.

[469] Sobre el seguro colectivo, en particular, y algunas de las obligaciones del tomador, véase *supra* 58.

e artículo 513 letra d) CCOM, como el "documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante". La definición antes citada debe ser leída en concordancia con lo dispuesto en el artículo 515 inciso final CCOM, que dispone: "Cuando el seguro conste de un certificado de cobertura definitivo, se entiende que forman parte de éste, los términos y condiciones de la respectiva póliza de seguro flotante".

La Circular Nº 2.123 (párr. III.4) establece que el certificado de cobertura deberá contener "una descripción de la cobertura básica y de cada una de las coberturas adicionales contratadas, el número de la póliza colectiva, individualización y código de depósito de las condiciones del seguro y sus adicionales, si los hubiere, la vigencia del seguro, monto de la prima y las comisiones de los intermediarios y otros estipendios".

La misma circular agrega un derecho del contratante no asegurado a obtener del asegurador, sin cargo alguno, una copia de las condiciones generales y particulares del seguro contratado en un plazo no superior a cinco días hábiles desde la solicitud.

81. Protección al consumidor y seguros de personas

Toda ley sobre contrato de seguros que proteja a los sujetos de menor poder negociador es, en último término, una especie de Ley de Protección al Consumidor. Nuestra Ley Nº 20.667, fundada en un criterio de imperatividad normativa, no es una excepción.

La protección del contratante, asegurado o beneficiario resalta como una característica de la regulación de los seguros privados desde el 1 de diciembre de 2013, tanto en el Código de Comercio como en la normativa complementaria. Como ejemplos de esta protección pueden mencionarse la regulación de las menciones mínimas que debe contener una póliza (artículo 518 CCOM); la presunción de cobertura del siniestro (artículo 531 CCOM); el derecho de retractación unilateral en el plazo de 10 días para seguros contratados a distancia sin expresión de causa ni cargo alguno y con derecho a la devolución de la prima pagada (artículo 538 CCOM); las obligaciones de asesoría que pesan sobre el asegurador (artículo 529 Nº 1 CCOM) y sobre los corredores (Título V del D.S. Nº 1.055); la NCG

Nº 349, de 7 de julio de 2013, que formula un expreso reenvío a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores; la Circular Nº 2.123, que imparte instrucciones a las compañías de seguros y a determinados auxiliares respecto de los deberes de información; la NCG Nº 420, sobre Conducta de Mercado, entre muchas otras disposiciones.

Como en todo asunto relativo a los derechos de los consumidores, en la oferta y contratación de seguros se presenta el problema sobre el ámbito de aplicación de la LPDC más allá de las disposiciones específicas del Código de Comercio. En último término, la declarada supletoriedad que se desprende del artículo 2º de la Ley Nº 19.496 supone reflexionar sobre la aplicación de la legislación general de consumidores a materias en que existe una ley especial (y en este caso una ley que, además, es posterior).

La lectura armónica de los artículos 2° y 2° bis de la LPDC excluye la aplicación de esta ley a los casos regulados por leyes especiales. Dicha exclusión, con todo, reconoce excepciones legales en: a) las materias que las mismas leyes especiales no provean; b) los procedimientos sobre intereses colectivos o difusos, y c) el derecho a ser indemnizado, cuando la misma ley especial no contemple un procedimiento destinado a ese efecto.

Cabe preguntarse, entonces, si la LPDC debe recibir aplicación en la oferta y contratación de los seguros de personas. El asunto es de la máxima importancia, pues muchos asegurados y beneficiarios suelen incoar sus causas individuales precisamente en la jurisdicción de consumidores. La consecuencia procesal de tal elección es que los litigios suelen encabezarse con una ardua discusión sobre la competencia del juez de consumo y sobre la aplicación de las normas de la LPDC al contrato de seguro, más que sobre el fondo del asunto.[470]

En Chile, los contratos de seguro son contratos de adhesión de aquellos definidos en el artículo 1.6 de la LPDC como aquellos "cuyas cláusulas han sido propuestas unilateralmente por el proveedor sin que el consumidor, para celebrarlo, pueda alterar su contenido". Según hemos visto, lo anterior

[470] Sobre la solución de controversias en seguros, véase NASSER, Marcelo (2017), "Solución de controversias en la actual legislación de seguros", en *Revista Chilena de Derecho de Seg*uros, Año 19 Nº 26 (2017), pp. 79-106, e *infra* 85.

puede afirmarse, al menos con total certeza, respeto de las condiciones generales de las pólizas (la NCG Nº 349, Tít. II.1, las define como "el texto de las *pólizas tipo*") y de los condicionados adicionales (CAD), pero respecto de las "condiciones particulares" tal categorización en ocasiones puede ser equivocada.[471]

Desde el 6 de marzo de 2012, fecha de la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.555, que modifica sustancialmente la LPDC,[472] la legislación nacional considera al contrato de seguro como uno más de los contratos de adhesión de servicios financieros y lo ha sometido expresamente, en lo que resulte naturalmente aplicable, a las disposiciones de los artículos 17 B a 17 L LPDC, sus reglamentos y procedimientos.

Desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 20.667, que sin duda es una ley especial y posterior a la Ley Nº 20.555, y que contempla un procedimiento indemnizatorio especialmente regulado, la legislación de consumidores resulta aplicable a los seguros de personas en las materias que no hayan quedado reguladas por esta legislación especial, entre las que se cuentan muy especialmente las relativas a la información de precios y comisiones, promociones y ofertas, publicidad engañosa y todo el método de control (nulidad) de las cláusulas del artículo 17 B y siguientes LPDC. Para el resto de los asuntos listados en el inciso 1º del artículo 543 CCOM, deberá estarse a las disposiciones especiales sobre competencia y jurisdicción.

81.1. Seguros de personas como productos financieros

Con la modificación llevada adelante por medio de la Ley Nº 20.555, los contratos de seguros quedaron expresamente recogidos en la protección de los derechos del consumidor en calidad de productos o servicios financieros. En efecto, el artículo 17 B LPDC señala que los contratos de adhesión de servicios crediticios, *de seguros*, y en general cualquier producto financiero deberán especificar, con el objeto de promover su

---

[471] Véase *supra* 74 a 79.1 en lo referido a las condiciones particulares y, muy especialmente, consúltese el Título II de la NCG Nº 349.

[472] Su artículo transitorio dispone que la ley entrará en vigencia 90 días después de su publicación en el Diario Oficial, ocurrida el 5 de diciembre de 2011.

simplicidad y transparencia, una serie de cláusulas sobre forma de cumplimiento y otras informaciones.

De tal manera, para cumplir con las disposiciones de protección al consumidor, la póliza de seguro de personas y, en general, toda la documentación de la etapa precontractual, deberá contener, además de (o en concordancia con) las disposiciones corrientes dispuestas en los artículos 515 y 518 CCOM y en las normas emanadas el regulador, las siguientes:

a) *Un desglose pormenorizado de todos los cargos, comisiones, costos y tarifas que expliquen el valor efectivo de los servicios prestados, incluso aquellos cargos, comisiones, costos y tarifas asociados que no forman parte directamente del precio o que corresponden a otros productos contratados simultáneamente y, en su caso, las exenciones de cobro que correspondan a promociones o cobro que correspondan a promociones o incentivos por uso de los servicios y productos financieros*.

La exigencia anterior es muy relevante en el seguro de personas y ha sido recogida por las disposiciones de la SVS (hoy CMF) respecto de las primas y de las comisiones o estipendios de intermediación. Tanto la NCG Nº 349 como la Circular Nº 2.123 tratan detalladamente de esta materia,[473] como hemos señalado al referirnos a las disposiciones mínimas que debe contener el condicionado particular de las pólizas, el desglose de las primas, su calidad de neta o bruta, así como las comisiones y estipendios de los intermediarios.[474]

b) *Las causales que darán lugar al término anticipado del contrato por parte del prestador, el plazo razonable en que se hará efectivo dicho término y el medio por el cual se comunicará al consumidor*.

En los seguros de vida, el asegurador no puede poner término unilateral al seguro a su sola voluntad por disposición expresa del artículo 600 CCOM, sin violentar la imperatividad normativa. Se trata, como se aprecia, de una norma prohibitiva a todo evento. Sin embargo, para los riesgos de accidentes y de salud debe regir la regla general dispuesta en el inciso 1º

[473] También lo hace la Circular Nº 2.180 en el caso de los seguros con CUI.

[474] Sobre esto, véase *supra* 78 y siguientes.

del artículo 537 CCOM, que permite convenir que el asegurador ponga "término anticipado al contrato de seguro con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales".

En todo caso, y como afirma el inciso 2º del mismo artículo 537 CCOM, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. La norma no indica la forma en que debe expedirse la comunicación de terminación anticipada, por lo que deberá estarse a lo dispuesto en la póliza, según ha dispuesto la letra j) del numeral II.1 de la NCG Nº 349.

c) *La duración del contrato o su carácter de indefinido o renovable automáticamente, las causales, si las hubiere, que pudieren dar lugar a su término anticipado por la sola voluntad del consumidor, con sus respectivos plazos de aviso previo y cualquier costo por término o pago anticipado total o parcial que ello le represente.*

Este requisito legal plantea dos supuestos. El primero es el plazo del contrato, su eventual carácter de indefinido y el régimen de renovación automática, vale decir, en lo que respecta al contrato de seguro, este requisito se satisface al delimitar el ámbito temporal de vigencia de la cobertura y su régimen de renovación. Según hemos revisado, el asegurador está obligado desde la fase precontractual, regulada en el artículo 514 CCOM, a suministrar información acerca de la fecha de inicio y término de la cobertura. Igual cosa aparece como un requisito de las pólizas en el artículo 518 Nº 5 CCOM y en la NCG Nº 349. El asegurador debe ser claro y preciso al momento de establecer la duración de la cobertura de las condiciones generales y particulares de un seguro, a riesgo de tener que responder en los términos del artículo 523 CCOM y por infracción a la LPDC. Igualmente, el asegurador debe ser claro respecto del inicio y término de la cobertura de las cláusulas adicionales que comercialice, las que bien pueden tener una duración distinta, normalmente menor, que la cobertura principal. Así, es frecuente que pólizas de fallecimiento pactadas por largos períodos de tiempo lleven adicionales (CAD) de salud o de accidentes, de una duración sólo anual, aunque ordinariamente renovables por períodos idénticos.

En lo que dice relación con las renovaciones, es importante señalar que, para los seguros de salud, la Circular Nº 1.935 de 2009 obliga a las compañías a "informar destacadamente si el seguro cuenta con Renovación

Garantizada, entendiéndose por ésta aquella por la cual la compañía se obliga a renovar periódicamente la póliza, especificando las condiciones objetivas en que no opera o termina dicha garantía. Asimismo, si el seguro no cuenta con renovación garantizada, deberá señalarse expresamente ello".

El segundo supuesto contenido en el artículo 17 B letra c) es la exigencia de explicitar en el contrato de adhesión las causas de terminación anticipada por la sola voluntad del consumidor. En esta materia, la legislación de seguros es más favorable al asegurado que la de consumidores, pues permite la terminación a sola voluntad como regla general, bastando la sola comunicación al asegurador, salvo las excepciones legales (artículo 537 inciso 3º CCOM). Por ello, debe entenderse que esta última norma tiene aplicación preferencial respecto de la LPDC.

d) *Sin perjuicio de lo establecido en el inciso primero del artículo 17 H, en el caso de que se contraten varios productos o servicios simultáneamente, o que el producto o servicio principal conlleve la contratación de otros productos o servicios conexos, deberá insertarse un anexo en que se identifiquen cada uno de los productos o servicios, estipulándose claramente cuáles son obligatorios por ley y cuáles voluntarios, debiendo ser aprobados expresa y separadamente cada uno de dichos productos y servicios conexos por el consumidor mediante su firma en el mismo*.

En este caso, el legislador regula la oferta y comercialización de los llamados servicios conexos o simultáneos. Tales servicios están definidos en los Reglamentos de Consumo Financiero (Decretos Supremos Nºs. 42, 43 y 44, de 31 de julio de 2012, en los respectivos artículos 3º) como "un producto o servicio financiero que se ofrece en forma conjunta a un crédito". Si bien la referencia a los créditos es clara y excluyente, la cuestión es muy relevante para el contrato de seguro, pues estos mismos califican como servicios conexos a los créditos. De esta forma, el artículo 3º número 34 del D.S. Nº 43, de 31 de julio de 2012 (Reglamento de préstamos de consumo), señala: "En los contratos de seguro serán características esenciales del producto o servicio asociado, simultáneo, adicional, especial o conexo las siguientes: Tipo de riesgo cubierto; código de póliza correspondiente al depósito que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros conforme a lo dispuesto en la letra e) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 251 de 1931; y número de póliza si se trata de un contrato de seguro

colectivo". El legislador señala que todo contrato de adhesión de servicios financieros que contemple servicios conexos (como un seguro de desgravamen, por ejemplo) deberá tener un anexo con el desglose de cada servicio, debidamente aceptados por el contratante en caso de no ser obligatorios.

Otra cuestión relevante para los aseguradores en esta materia es que el artículo 8º de la Ley Nº 20.448, que crea y regula los créditos universales (que las compañías de seguro pueden ofrecer), dispone que "los proveedores de créditos que exijan la contratación de seguros asociados a su otorgamiento no podrán condicionarlo, ni ofrecer condiciones de contratación distintas, a aquellos consumidores que contraten los seguros que tales proveedores ofrezcan o intermedien, pudiendo el deudor contratar libremente la póliza en cualesquiera de las entidades que los comercialicen. Sin embargo, el proveedor de crédito podrá exigir una cobertura mínima, que la compañía aseguradora tenga una clasificación de riesgo a lo menos igual a la que registre la compañía aseguradora ofrecida por el proveedor del crédito y que se designe como beneficiario del seguro a este último o a quien señale". En todos los casos en que se contrate el seguro en calidad de conexo a un crédito, se deberá, asimismo, cumplir con las disposiciones de información de la LPDC.

e) *Si la institución cuenta con un servicio de atención al cliente que atienda las consultas y reclamos de los consumidores y señalar en un anexo los requisitos y procedimientos para acceder a dichos servicios*.

Los aseguradores deben contar con un servicio de atención al cliente y toda póliza, en un anexo, debe señalar los procedimientos de reclamación y consultas. La Circular Nº 2.131, de 28 de noviembre de 2013, reglamenta esta cuestión detalladamente, e incluye un anexo tipo, que debe ser incluido en todas las pólizas.[475]

f) *Si el contrato cuenta o no con sello Sernac vigente, conforme a lo establecido en el artículo 55 de esta ley*.

Según se sabe, la Ley Nº 20.555 introdujo la posibilidad de que el Sernac certifique la legalidad de los contratos de adhesión de servicios o productos

[475] La Circular Nº 2.131 ha sido modificada por las circulares Nºs. 2.149, de 2014, y 2.219, de 2017.

financieros mediante lo que se denominó el "sello Sernac". Como hemos revisado, el depósito de pólizas no cumple con la función de garantizar la legalidad *a priori*, por lo que no cabe duda de que un determinado condicionado de seguro de personas (o un adicional) podrían optar a esta certificación, en lo que sea pertinente. Hasta la fecha no conocemos ejemplos de contratos que hayan postulado a un sello Sernac o lo hayan obtenido.

g) *La existencia de mandatos otorgados en virtud del contrato o a consecuencia de éste, sus finalidades y los mecanismos mediante los cuales se rendirá cuenta de su gestión al consumidor. Se prohíben los mandatos en blanco y los que no admitan su revocación por el consumidor. Los contratos que consideren cargos, comisiones, costos o tarifas por uso, mantención u otros fines deberán especificar claramente sus montos, periodicidad y mecanismos de reajuste. Estos últimos deberán basarse siempre en condiciones objetivas que no dependan del solo criterio del proveedor y que sean directamente verificables por el consumidor. De cualquier forma, los valores aplicables deberán ser comunicados al consumidor con 30 días hábiles de anticipación, al menos, respecto de su entrada en vigencia*.

Como se aprecia, y al contrario de lo que suele creerse, los mandatos de consumidor a proveedor no están prohibidos por la ley.[476] Si bien es cierto que para una parte no despreciable de la doctrina todo mandato del consumidor al proveedor cuyo objeto sea suscribir letras o pagarés debe considerarse prohibido,[477] la cuestión carece de sustento legal en la actual redacción de la Ley Nº 20.555 y en los tres reglamentos de consumidores financieros (Decretos Supremos Nºs. 42, 43 y 44, de 2012).

---

[476] La indicación (de los diputados Chahín y Vallespin) para prohibir los mandatos abiertos cuyo objeto sea suscribir documentos legales en representación del consumidor no fructificó. *Historia de la Ley Nº 20.555*, p. 55. Tampoco la de la senadora ALLENDE en iguales términos (*Historia de la Ley*, p. 263). Se prohibieron, en cambio, los "mandatos en blanco". Para esto, SAN MARTÍN, Lilian (2013), "Comentario al art. 17 B letra G", en *La protección de los derechos de los consumidores*, pp. 406 y 410.

[477] CAPRILE, Bruno (2013), "La ineficacia del mandato conferido por los clientes a las instituciones financieras para suscribir pagarés a su favor antes y después del Sernac financiero", en *Condiciones generales de contratación. Cuadernos de Análisis Jurídico Fundación Fueyo UDP Nº VIII*, 2013, pp. 191 y ss.; JUPPET, María Fernanda (2012), "Cuestionamiento de validez del mandato para completar pagarés y letras de cambio en blanco como parte de un contrato de adhesión", en *Actualidad Jurídica* 25 (2012), pp. 489 y ss.

El artículo 17 B letra g) LPDC reconoce expresamente la existencia de mandatos de adhesión, pero les impone una regulación bastante severa.[478] Lo mismo ocurre en todos los párrafos 4º de los Reglamentos de Consumo Financiero, titulados "Mandatos Otorgados por el Consumidor".

Los mandatos de adhesión suelen ser frecuentes en la contratación de seguros de personas. Así, por ejemplo, existen mandatos para descontar mensualmente el pago de las primas en tarjetas de crédito, cuentas corrientes, entre otros. En los seguros con cuenta única de inversión suelen existir mandatos para descontar la prima desde la CUI en caso de que el contratante no la pague el día prefijado. De igual modo, las compañías del segundo grupo que actúan como mutuantes en virtud de la NCG Nº 208, suelen pactar mandatos de adhesión para el descuento del monto mensual del préstamo en el pago de la pensión, etcétera.

En primer término, un mandato por adhesión puede pactarse en la medida en que el consumidor no libere al proveedor de su natural obligación de rendir cuenta conforme exige el artículo 2155 CC. En el contrato deberá expresarse la forma en que el proveedor rendirá dicha cuenta de acuerdo a las disposiciones y plazos de los Reglamentos de Productos Financieros, entre los que sobresale la obligación de informar de cada una de las acciones llevadas a efecto y el envío de copias de la integridad de los actos suscritos en su representación por medio físico o tecnológico, o bien en el próximo estado de cuenta o comunicación.[479]

---

[478] San Martín, Lilian (2013), p. 402.

[479] Artículo 16. "Rendición de Cuenta. El Emisor, Operador o un tercero que haya asumido la calidad de mandatario del Consumidor en virtud de un mandato, deberá rendirle cuenta de su gestión al ejecutar el mandato especificando cada una de las acciones que haya desarrollado, los resultados que se produjeron en virtud de tales acciones y adjuntarle toda la documentación que respalda su gestión. La obligación de rendir cuenta incluye el deber del Emisor, del Operador o del tercero que hubiere asumido la calidad de mandatario, de informar por escrito y de enviar copia de los actos suscritos en su representación al Consumidor a través del medio físico o tecnológico que éste hubiere elegido, dentro de los diez días hábiles siguientes a la ejecución del encargo o en el Estado de Cuenta que corresponda al Periodo de Facturación en que se haya ejecutado el encargo. Si se trata de encargos de ejecución continua, el Emisor, el Operador o el tercero que hubiere asumido la calidad de mandatario, deberá informarle por escrito a través del medio físico o tecnológico que éste hubiere elegido, a lo menos trimestralmente".

En segundo lugar, la ley establece que todo mandato por adhesión debe expresar detalladamente lo que llama las finalidades del encargo. No resulta *a priori* claro qué debe entenderse por finalidades, aunque se ha opinado, entendemos con razón, que deben comprenderse dentro de este concepto la "claridad en el contenido", de manera que "el consumidor pueda obtener la información necesaria para poder tomar su decisión con pleno conocimiento de causa", cuestión que se conoce como "control de inclusión".[480]

En tercer lugar, la ley dispone que "los contratos que consideren cargos, comisiones, costos o tarifas por uso, mantención u otros fines deberán especificar claramente sus montos, periodicidad y mecanismos de reajuste", debiendo basarse "siempre en condiciones objetivas que no dependan del solo criterio del proveedor y que sean directamente verificables por el consumidor", de manera de evitar que el mandato resuma la voluntad del mandatario más que la del mandante, cuestión que obviamente desnaturalizaría el contrato de mandato. La ley obliga al proveedor mandatario a informar los valores aplicables al consumidor con 30 días hábiles de anticipación.

En cuarto lugar, la legislación de consumidores contempla una prohibición general de pactar por adhesión mandatos irrevocables. Los reglamentos, a su vez, regulan la revocación y disponen: "La revocación de un mandato cuya ejecución interesa exclusivamente al Consumidor, podrá efectuarse en cualquier momento, y producirá efectos a contar de su notificación al mandatario, sea éste el Emisor o un tercero, o a contar del sexagésimo día si se trata de adquisiciones de bienes o contratación de servicios en el extranjero, por el medio físico o tecnológico que el mandatario hubiere señalado en el mandato. La revocación de un mandato cuya ejecución interesa al consumidor y al proveedor o a un tercero, o a cualquiera de estos últimos exclusivamente,[481] podrá efectuarse una vez que estén totalmente extinguidas las obligaciones a favor del Proveedor o del tercero, y producirá efectos a contar del décimo quinto día de su notificación al mandatario, por el medio físico o tecnológico que este último hubiere señalado en el mandato". En un seguro de personas debe entenderse que el mandato interesa al proveedor (aunque también al consumidor, pues ello le mantendrá la cobertura en los

[480] DE LA MAZA, Íñigo (2004), "El control de cláusulas abusivas y la letra g", en *Revista Chilena de Derecho Privado* Nº 3 (2004), pp. 35-68. SAN MARTÍN, Lilian (2013), p. 402.

[481] Los mandatos que analizamos interesan al proveedor o a terceros cesionarios.

términos del artículo 528 CCOM) cuando se ha establecido para descontar primas pactadas por pagos periódicos.

Finalmente, la ley prohíbe los mandatos en blanco, los que los reglamentos se encargan de definir como "aquellos cuyas obligaciones a contraer por el Consumidor son indeterminadas o que no se pueden determinar conforme a las reglas que en el mismo mandato se establecen, o cuyas cláusulas no tengan por finalidad el cumplimiento de una obligación emanada" del crédito respectivo. Vale decir, son mandatos en blanco no sólo los que comprenden obligaciones indeterminadas, faltas de contenido o que no señalen en absoluto el encargo para el que ha sido conferido,[482] sino también los que exceden el ámbito de las obligaciones crediticias del consumidor como consecuencia del contrato.

81.2. Derecho a solicitar la nulidad de una cláusula abusiva del artículo 17 B y 17 E LPDC

El artículo 17 E LPDC establece el derecho del asegurado (que más bien es del contratante) para solicitar la nulidad de las cláusulas que contravengan lo prescrito en el artículo 17 B de la misma ley. Por consiguiente, un contratante o un asegurado de personas, en su caso, pueden solicitar la nulidad de una o más cláusulas del contrato si se cumplen los requisitos legales. Como analizaremos más adelante al abordar la solución de controversias, el principio de especialidad apunta a que el juez competente para anular las cláusulas abusivas de un contrato de seguros de personas sea, por excepción, el de los artículos 50 y siguientes de la Ley Nº 19.496, y no el juez del artículo 543 CCOM.

Resta saber si el asegurado puede solicitar la nulidad de las cláusulas abusivas generales descritas en el artículo 16 LPDC. Pensamos que si, por ejemplo, las condiciones de una póliza contemplaran espacios en blanco que no hayan sido llenados o inutilizados previamente, o si contemplan cláusulas que invierten el peso de la prueba a favor del asegurador, o si están redactadas en idioma distinto del castellano o en letra inferior al mínimo legal de 2,5 milímetros, al contratante, al asegurado, e incluso

[482] San Martín, Lilian (2013), p. 405.

al beneficiario, les asiste el derecho a solicitar la nulidad de la respectiva cláusula en un tribunal de consumo.[483]

Por otra parte, si la delimitación del riesgo o un pacto sobre exclusiones del asegurador hecho en la póliza o en las tratativas preliminares, en la medida en que sea formulado en lenguaje claro, no puede ser calificado como abusivo, pues son de la esencia del funcionamiento del contrato y tienen fuente legal.[484] De tal suerte, una cláusula que obligue a los asegurables a practicarse exámenes de salud como condición de asegurabilidad o el pacto de una exclusión por la práctica de deportes extremos que conduzca a no dar cobertura, no es ni puede ser considerada abusiva ni contraria a la buena fe.

81.3. Protección al consumidor en la contratación de seguros por intermedio de un corredor

El corredor se inserta en la relación entre asegurado y asegurador como un tercero, regido por reglas especiales que por su naturaleza son difíciles de coordinar con el tratamiento de servicios prestados por intermediarios regidos en el artículo 43 LPDC. Esta última norma obliga a los intermediarios directamente frente a los consumidores, sin perjuicio del derecho de repetición contra el prestador efectivo, generando una responsabilidad directa, con o sin culpa.

El D.F.L. Nº 251 trata de esta intermediación en su artículo 57 inciso 5º, señalando: "Los corredores de seguros son auxiliares del comercio de seguros, que deben asesorar a la persona que desea asegurarse por su intermedio, ofreciéndole las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses e ilustrándola sobre las condiciones del contrato, debiendo asistirla durante toda su vigencia, especialmente en las modificaciones que eventualmente correspondan y al momento de producirse un siniestro". El inciso 6º, a

---

[483] Para el control de las condiciones de contratación en la jurisdicción española sobre consumidores y seguros, MIQUEL, José María en *Revista Española de Seguros* Nº 117 (2004), pp. 35 y ss. DE MARTÍN MUÑOZ, Alberto (2004), *Revista Española de Seguros* Nº 117 (2004), pp. 47 y ss.

[484] Los requisitos y esta doctrina en GEMENO MARÍN, Juan Ramón (2004), "Condiciones generales y contrato de seguro", en *Revista Española de Seg*uros Nº 117 (2004), pp. 106 y s.

su turno, dispone: "Deben también asesorar a la compañía aseguradora verificando la identidad de los contratantes, la existencia de los bienes asegurables y entregándole toda la información que posean del riesgo propuesto". Como se aprecia, y a diferencia de lo que ocurre ordinariamente en los negocios jurídicos corrientes, los deberes de información respecto de los elementos del contrato que va a celebrarse pesan sobre un tercero, supuestamente ajeno la relación contractual.

En nuestro país, el corretaje está además regulado en el Título II del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. Nº 1.055), que define esta clase de intermediación señalando: "Son corredores de seguros las personas naturales o jurídicas que, registradas como tales en la Superintendencia, actúan como intermediarios independientes en la contratación de pólizas de seguros con cualquier entidad aseguradora, obligándose a asesorar a las partes en la forma que establece la ley y este reglamento".

La responsabilidad de los corredores no aparece como uno de los supuestos del artículo 543 CCOM, por lo que, si infringieren sus obligaciones de intermediario, proveen información falsa, exhiben o informan valores distintos a los reales o incurren en alguna otra infracción a la LPDC deben responder directamente, precisamente ante un juez de consumo.

Pensamos que en la legislación nacional, antes y después de la reforma al mercado de auxiliares del comercio de seguros y de la nueva ley, el corredor de seguros es más que un simple mediador, cuya labor es poner en contacto a las partes. Si se analizan los deberes legales y reglamentarios del corredor, se puede verificar que se ponen sobre sus hombros verdaderas obligaciones, de las que responde, a falta de otra disposición, como mandatario. Si bien el corredor no contrata el seguro, contrata con cada una de las partes del contrato de seguro y responde ante el contratante (consumidor) de los errores e incumplimientos que le sean imputables, dentro de los cuales se cuentan, principalmente, aquellos que dicen relación con la información y publicidad, sin perjuicio de la responsabilidad que le quepa al prestador efectivo, contra quien tiene acción de repetición, en la medida en que tales errores se deriven de información falsa o errónea transmitida por el principal. En ese sentido, el artículo 10.1 del D.S. Nº 1.055 establece como obligación principal del corredor la obligación precontractual de información, la que consiste en "asesorar a las personas que deseen asegurarse por su

intermedio ofreciéndole las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses". Si informa falsa o erróneamente, no sólo incumple su deber general de buena fe, sino que otros deberes de información contemplados en la LPDC, generando con su actuación un desequilibrio intencional o, al menos, negligente. En tal caso, responde directamente en el ejercicio de su contrato, y no como intermediario.

En el resto de los casos, incluso en el caso del artículo 519 del CCOM, que contempla una norma especial de derecho estricto sobre entrega de la póliza, y a falta de otras normas especiales sobre información y publicidad en contratos celebrados por intermediarios del proveedor, particularmente si la información fluye de una política de publicidad falsa o de defectos de información imputables al principal, el corredor debe responder frente al asegurado o contratante conforme lo indica el artículo 43 LPDC, quedando a salvo su acción de repetición.

En ese particular sentido, cobra importancia lo dispuesto en el artículo 10 número 2º del D.S. Nº 1.055, que establece la obligación del corredor de informar a sus clientes (el contratante o el asegurado) acerca de las "condiciones del contrato y en especial sobre la extensión del seguro pactado y sus adicionales, sobre los riesgos y situaciones excluidas de la cobertura, alcance de las franquicias o deducibles a la misma, cláusula de prorrateo, forma y plazos de pago, efectos de su incumplimiento y, en general, toda la información adicional necesaria para ilustrar mejor su decisión".

La Ley Nº 20.667 ha sido consecuente con esta clase de regulación al ingresar al CCOM el número 1º del artículo 529, cuya interpretación (*contrario sensu*) arroja que los corredores son directamente responsables frente al contratante o asegurado por las pólizas que intermedien.[485]

81.4. Los seguros de salud están excluidos de la LPDC por disposición legal expresa

Una lectura atenta del artículo 2º letra f) LPDC permite concluir que, si bien la ley se aplica a "los actos celebrados o ejecutados con ocasión de

[485] En general, sobre la intermediación por corredor véase *supra* 55.

la contratación de servicios en el ámbito de la salud", esta aplicación es "con exclusión de las prestaciones de salud; de las materias relativas a la calidad de éstas *y su financiamiento a través de fondos o seguros de salud*; de la acreditación y certificación de los prestadores, sean éstos públicos o privados, individuales o institucionales y, en general, de cualquiera otra materia que se encuentre regulada en leyes especiales".

La regla anterior debe tenerse particularmente presente a la hora de interpretar una póliza que comprenda varios riesgos de personas, pues podría ocurrir que algunas cláusulas del contrato se rijan por las disposiciones de la LPDC, pero que la aplicación de esta ley en las cláusulas del contrato relativas a los seguros de salud esté vedada, lo que conduce a resultados algo absurdos.

82. Obligaciones generales sobre publicidad e información

La Circular Nº 2.123 (Título V) dispone que las informaciones que se entreguen al público deberán ser presentadas de manera que no sean inductivas de interpretaciones inexactas de la realidad. Lo anterior se encuentra en consonancia con la legislación de consumo relativa a deberes de información de productos y servicios, y con las disposiciones especiales sobre protección al consumidor reenviadas en la NCG Nº 349.

La misma Circular Nº 2.123 dispone que toda información que se entregue al público, ya sea a través de medios de promoción, publicidad, folletería, cualquier sistema de avisaje u otro medio, deberá ser clara y comprensible y no podrá inducir a error o confusión sobre la naturaleza, características o efectos del negocio o producto del que se trate. En este caso, la autoridad ordena a las compañías de seguro informar verazmente acerca de las condiciones del contrato, utilizando un lenguaje claro, lo que engarza con las disposiciones del D.F.L. Nº 251 y la LPDC que hemos analizado al tratar de la obligación de claridad.[486]

Las compañías aseguradoras (y los corredores, en su caso) deben proporcionar información veraz, completa, adecuada y oportuna a sus clien-

[486] Véase *supra* 72.

tes, asegurados o público en general, para que puedan tomar una decisión informada al decidir celebrar el contrato o incorporarse a éste.

En cuanto a las promociones, el regulador ha dispuesto que sólo las entidades aseguradoras podrán efectuar, bajo su única y exclusiva responsabilidad, promociones de seguros (no previsionales) que incluyan el ofrecimiento de regalos, los que no podrán sujetarse a reembolso o contraprestación de parte del asegurado o contratante en caso de término anticipado o cualquier otra causa.

Las promociones u ofertas publicitarias que efectúen las entidades aseguradoras serán vinculantes, y se considerarán incorporadas en el contrato que se llegare a celebrar. En caso de existir contradicción o conflicto entre los términos y condiciones del seguro y la promoción, publicidad u oferta del mismo, primarán y prevalecerán aquellas más beneficiosas para el asegurado.

Las promociones u ofertas publicitarias de los corredores de seguros no podrán incluir la oferta de coberturas determinadas, a menos que exista acuerdo o convenio previo con una entidad aseguradora, en cuyo caso esa entidad será responsable de su cumplimiento. Lo anterior se ve aún más reforzado por lo prescrito en el artículo 35 inciso 3º LPDC.

Cuando en la publicidad se promueva u ofrezca la contratación de una determinada cobertura de seguro, deberá especificarse el nombre de la póliza y cláusulas respectivas, con indicación del código de depósito, el nombre de la o las compañías que otorgan la cobertura, y el nombre completo o razón social del corredor de seguros, en su caso. Asimismo, la publicidad de un seguro determinado que se efectúe a través de folletos o a través de páginas web de internet, deberá contener adicionalmente, al menos, una descripción de las condiciones de la cobertura y exclusiones, monto y condiciones de pago de la prima y forma de aceptación y vigencia de la oferta del seguro.

Toda la información deberá presentarse en forma destacada, utilizando un formato y tamaño de caracteres similares a los del resto de la información contenida en la publicidad, y ubicarse en un lugar de fácil lectura.

En cuanto a la publicidad, promoción u oferta audiovisual o radiofónica de seguros, deberá individualizarse en forma destacada, el nombre de la

entidad aseguradora o del corredor de seguros, en su caso en el respectivo "spot" o aviso, en condiciones o caracteres fácilmente entendibles o legibles y de dimensiones que guarden adecuada armonía con el espacio en que se insertan.

En conformidad a lo dispuesto en el Nº 1 del artículo 11 D del Decreto Supremo de Hacienda Nº 1.055, de 2012, los corredores de seguros no están autorizados para ofrecer o entregar beneficios o incentivos por las pólizas de seguro contratadas por su intermedio.

Por lo tanto, en el caso en que la promoción, publicidad u oferta de seguros de la entidad aseguradora se efectúe por intermedio de corredores de seguros, éstos sólo asumirán las obligaciones y responsabilidades propias de los contratos que intermedien, de lo cual deberá hacerse mención en forma destacada en la publicidad.

Además de las obligaciones adicionales sobre Conducta de Mercado que pesan sobre aseguradores y corredores, establecidas en la NCG Nº 420 (párr. I.1.3), sobre prohibición de la publicidad engañosa o inductiva a error, además de la obligación de retiro unilateral de la publicidad "no precisa o clara o que se preste a confusión", la superintendencia puede ordenar suspender o prohibir en cualquier momento las promociones y la publicidad que no se ajusten a las normas de la Circular Nº 2.123, sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan.

82.1. Publicidad e información engañosa en la contratación directa de seguros o por medio de agentes de ventas

El inciso 4º del artículo 57 D.F.L. Nº 251 pone de cargo del asegurador toda infracción, error u omisión tanto del personal de la compañía como de un agente de ventas. En consecuencia, parece bastante claro que la obligación de proveer toda la información acerca de las coberturas, condiciones generales y particulares, exclusiones, y, en general, toda la información del contrato señalada en la legislación especial, normas de carácter general y circulares de la SVS, actualmente CMF, dirigidas al mercado asegurador, recaen, en este caso, directamente sobre la compañía aseguradora, la que responde en caso de contravención.

Si el asegurador hizo publicidad en los medios de comunicación, por ejemplo ofreciendo un seguro de personas a un determinado valor (típicamente un SOAP), y luego aparece que se trataba de publicidad falsa, engañosa o inductiva a error, deberán recibir aplicación los artículos 28 y siguientes LPDC, debiendo conocer de la acción de cesación y de la correctiva del artículo 31 LPDC el juez de consumo, más allá de la responsabilidad administrativa que pueda perseguir el fiscalizador. La eventual acción de cumplimiento, en cambio, y las demás sobre interpretación o aplicación de las condiciones de la póliza o que se incorporaron a ésta por medio de la publicidad, siempre permanecerán en el ámbito del artículo 543 CCOM, por expresa disposición legal.

82.2. Publicidad en seguros de salud

La Circular Nº 1.935 de 2009 (IV) dispone que la publicidad de los seguros de salud no puede inducir a error o a confusión al público, especialmente en cuanto a las condiciones concernientes a la forma de operar del seguro, a su vinculación con la cobertura del sistema de salud –Isapre o Fonasa–, a los procedimientos para determinar la indemnización efectiva a pagar en caso de siniestro, la forma de operar y aplicación del deducible o franquicia y las exclusiones de coberturas.

En lo demás, los seguros de salud deben regirse por las normas generales sobre oferta, promociones y publicidad contempladas en la Circular Nº 2.123, NCG Nº 420 y, evidentemente, en la LPDC.

82.3. Publicidad de seguros de renta vitalicia previsional

Tratándose de promoción y publicidad de seguros de renta vitalicia del D.L. Nº 3.500, de 1980, el asegurador podrá incluir referencias a terceros exclusivamente cuando éstos faciliten sus dependencias, caso en el cual dicha mención deberá emplearse para los fines estrictos de identificar el lugar de oferta y comercialización del seguro.

Resulta muy relevante señalar que, al revés de lo que ocurre en los seguros no previsionales regulados en la Circular Nº 2.123, en el caso de los seguros a que se refiere el D.L. Nº 3.500 queda prohibido ofrecer u otorgar cualquier tipo de regalos, beneficios o incentivos para su contratación.

82.4. Publicidad en los seguros con planes de APV y APVC

Además de las disposiciones propias de la LPDC y las reglas sobre información contenidas en la Circular Nº 2.123, tratándose de pólizas de seguro que contemplen un plan de ahorro previsional voluntario, la NCG Nº 226 de la SVS (hoy subrogada por la CMF), en su Título XIII, dispone algunas reglas sobre publicidad e información.

Particular importancia tiene el que no puedan promocionarse planes que no se encuentren previamente autorizados por las superintendencias que correspondan y que la publicidad, promoción e información no sea inductiva a interpretaciones inexactas o equívocas sobre las características de las cotizaciones voluntarias, depósitos convenidos y depósitos de ahorro previsional voluntario.

La autoridad, además, exige el uso de ciertas frases sacramentales como la muy célebre "la rentabilidad es fluctuante por lo que nada garantiza que las rentabilidades pasadas se mantengan en el futuro" para los planes de renta variable, o "la diferencia en rentabilidad entre alternativas de ahorro previsional voluntario no necesariamente refleja la diferencia en el riesgo de las inversiones" cuando existe más de una alternativa de inversión.

A su turno, toda publicidad que informe rentabilidades deberá ser presentada en términos netos de costos y comisiones. Asimismo, se exige que, en los lugares destinados a la atención de público, existan informativos sobre las características, funcionamiento y beneficios previsionales y tributarios de las cotizaciones voluntarias, los depósitos convenidos y los depósitos de ahorro previsional voluntario. Dichos informativos, señala la NCG, deberán contener información detallada sobre la rentabilidad obtenida, las condiciones para los retiros y traspaso de fondos, comisiones por la administración y transferencia de las cotizaciones voluntarias, los depósitos convenidos y los depósitos de ahorro previsional voluntario y la diversificación de cartera, cuando corresponda.

En lo relativo a los costos de los servicios otorgados, las compañías de seguro deben informar en su publicidad o promoción todos los elementos que afectan a las cotizaciones voluntarias, los depósitos convenidos y los

depósitos de ahorro previsional voluntario, tales como comisiones, gastos atribuibles a los fondos administrados o retribuciones de las compañías de seguro en virtud de este concepto.

82.5. Publicidad en los seguros con CUI

La Circular Nº 2.180 de 2015 (que entró en vigencia el 1 de enero de 2016) dispone en su Título IV algunos principios o buenas prácticas que las aseguradoras deben tener en cuenta en la definición de sus políticas de comercialización de seguros con CUI, entre ellas, cuidar que la oferta del seguro se ajuste a las necesidades e intereses de los clientes para los cuales se diseñó el producto (lo que debe entenderse en consonancia con lo dispuesto en el artículo 529 Nº 1 CCOM), recomendando el producto apropiado para las características de estos clientes o asegurables. Últimamente, la NCG Nº 420 ha generalizado como norma de Conducta de Mercado el concepto de "suitability", al que nos hemos referido más atrás.

En este sentido, la Circular Nº 2.180 exige a los fiscalizados que la publicidad y promoción de los seguros no sea inductiva a error ni a representaciones inexactas de la realidad, respecto de los beneficios del producto, tal como lo exigen las disposiciones del D.F.L. Nº 251, la NCG Nº 349, la Circular Nº 2.123 y la NCG Nº 420.

Teniendo en cuenta que se trata de un producto financiero, la autoridad exige que la información y los medios que se utilicen para la oferta y publicidad deban ser acordes a la complejidad del producto, y que el avisador debe considerar las necesidades especiales de información del segmento de clientes al cual va dirigido, lo que supone, a nuestro juicio, que no todo cliente es capaz de entender de igual manera un seguro de estas características.

83. CESIÓN DE LA PÓLIZA

En las reglas comunes a todo seguro aparece el artículo 522 CCOM, que el legislador titula "cesión de la póliza". La norma, como suele suceder en todo asunto relativo a la cesión de derechos, distingue si se trata de pólizas nominativas o de pólizas a la orden. La ley, sin embargo, ha eliminado la

antigua referencia a las pólizas "al portador" del artículo 514 inciso 3º del Código de Ocampo.[487]

El artículo 522 CCOM dispone:

"Cesión de la póliza. La póliza de seguro puede ser nominativa o a la orden. La cesión de la póliza nominativa o de los derechos que de ella emanen, requiere de la aceptación del asegurador.

La cesión de la póliza a la orden puede hacerse por simple endoso.

Sin embargo, el crédito del asegurado por la indemnización de un siniestro ya ocurrido, podrá cederse conforme a las normas generales sobre la cesión de créditos.

El asegurador podrá oponer al cesionario o endosatario las excepciones que tenga contra el asegurado o beneficiario.

La cesión de la póliza transfiere al cesionario todos los derechos que para el asegurado emanan del contrato y la ley".

En el artículo 597 CCOM se establecen reglas especialísimas sobre la cesión y prenda de la póliza en los seguros de personas,[488] que analizaremos unos párrafos más adelante.

El *Diccionario del Seguro Mapfre* define la cesión de la póliza como la "acción por la que se ceden a un tercero los intereses o beneficios legales de un contrato de seguro".[489] Como se aprecia, la cesión de la póliza consiste primeramente en la transferencia del interés, el que suele fluir de la calidad de contratante. Pero también es cesión la transferencia del beneficio propio del contrato, produciendo contra el asegurador, como señala el artículo 99 de la LCS española, el cambio del sujeto del crédito "con iguales efectos que los que produciría la cesión del mismo".

---

[487] Sobre la inconveniencia de las pólizas al portador, véase Gallardo, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 522", en *Comentarios*, pp. 257 y s.

[488] No exclusivamente para los seguros de vida, como afirma Contreras, Osvaldo (2014), p. 202. La norma parece tener su origen en el artículo 99 de la LCS española.

[489] Consultado el 21 de diciembre de 2017 en el sitio web de la Fundación Mapfre bajo el hipervínculo https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/publicaciones/diccionario-mapfre-seguros/c/cesion-de-poliza.jsp.

Por ello, y aunque no son exactamente lo mismo, es posible identificar (como hace el artículo 522 CCOM) la "cesión de la póliza" con la "cesión de los derechos que emanan" del contrato. Estos últimos, como sabemos, pueden ceder en favor tanto del beneficiario como del contratante. Tales son, además del derecho a la indemnización (que es sólo del beneficiario), el derecho de rescate de la cuenta de inversión, el derecho a prorrogar o saldar la póliza, el derecho a reducción, entre otros (que son del contratante).[490]

Las reglas especiales sobre cesión de pólizas suponen que el crédito indemnizatorio por siniestro a favor del beneficiario no ha nacido, pues la misma norma dispone que, para la cesión del crédito por la indemnización en caso de siniestro, podrán observarse las reglas generales sobre cesión de créditos (artículo 522 inciso 4º).

Para los seguros de daños, la ley dispone que, en el caso de las pólizas nominativas, la cesión de la póliza (o de los derechos que de ella emanen) "requiere de la aceptación del asegurador" (artículo 522 inciso 2º CCOM). Como se aprecia, la ley modifica las normas generales sobre cesión de créditos nominativos contenidas en el Código Civil. Según se sabe, en el derecho común la cesión de créditos nominativos debe hacerse conforme lo indican los artículos 1901, 1902 y 1903 CC. Estas normas no sólo exigen la entrega del título (artículo 1901 CC),[491] lo que ordinariamente se manifestará en una escritura (en este caso sería la póliza), sino que después debe perfeccionarse la cesión de manera que produzca efectos para el deudor (asegurador) y para terceros, para lo que debe ponerse al deudor en conocimiento de la cesión.[492] Tal conocimiento se logra mediante la

---

[490] Para los derechos del contratante en los seguros de personas, véase *infra* 89.14 y 90.

[491] CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO, 24 de marzo de 1859, en *Gaceta* 1859, Nº 609, p. 318. "Para que tenga efecto la cesión de un crédito entre el cedente y el cesionario no exige el artículo 1901 del Código Civil más formalidades que la entrega del título".

[492] Como apunta CLARO SOLAR, Luis (1979), *Explicaciones de Derecho Civil chileno y comparado III*, *Los bienes*, Ed. Jurídica de Chile, Reimp. Santiago, p. 405, "para que la cesión produzca efecto contra el deudor o contra terceros, y quede establecido para todos los efectos legales que el acreedor ha dejado de serlo, que el derecho personal cedido ha salido de su patrimonio y ha entrado a formar parte del patrimonio del cesionario, es indispensable que la cesión sea aceptada por el deudor, o que haya sido notificada a éste para que reconozca en lo sucesivo como acreedor al cesionario".

"notificación" o la "aceptación" del deudor.[493] En el caso del seguro de daños, como se aprecia, la ley modifica el régimen general y sólo admite la aceptación.

Como señalábamos, el artículo 597 CCOM dispone reglas especiales para los seguros de personas, que son los que nos interesan preferentemente. Dispone: "Cesión y prenda. Excepto si se ha designado beneficiario irrevocable, el contratante podrá ceder o pignorar la póliza. La cesión o la prenda sólo serán oponibles al asegurador siempre y cuando éste haya sido notificado de ellas por escrito y por medio de un ministro de fe. La cesión y la pignoración de la póliza implican la revocación de la designación de beneficiario".

La ley supone, para los seguros de personas, que la cesión es un derecho del contratante cuyo objeto es la transferencia ya de los derechos eventuales del contratante, ya de los del beneficiario, ya de ambos. En el caso de los derechos del contratante, la cesión implicará el cambio de sujeto de los derechos de rescate, reducción, prórroga, etc. Si el seguro es de fallecimiento tomado sobre la cabeza de un tercero, naturalmente se requerirá nuevamente la autorización escrita de dicho tercero conforme lo indica el artículo 589 CCOM. Para el beneficiario, la cesión implica la transferencia del derecho eventual a la indemnización en caso de siniestro, vale decir, la adquisición del derecho condicional a la indemnización del cual el asegurador es deudor conforme lo establece el artículo 529 Nº 2 CCOM.

Por supuesto que esta última cuestión se logra mediante el simple cambio de beneficiario si no se ha estipulado un beneficiario irrevocable, pues, en ese último caso, habrá que proceder conforme lo indica el artículo 595 CCOM, que regula la revocación del llamado "beneficiario irrevocable" y exige su consentimiento expreso.

---

[493] Excma. Corte Suprema, 8 de septiembre de 1943, en *RDJ,* T. 41, secc. 1ª, p. 184: "Para que la cesión de crédito pueda producir efectos respecto del deudor y de terceros es necesaria la notificación al deudor o la aceptación de éste, condiciones separadas e independientes, de modo que la cesión produce los efectos dichos siempre que se verifique una sola de ellas, si bien nada repugna a que puedan concurrir ambas; pero sin que ello sea necesario, porque cada una es suficiente por sí sola".

Para que sea oponible la cesión de la póliza de seguros de personas, la ley exige que se cumplan tres requisitos copulativos, distintos a los que se disponen para el seguro de daños en el artículo 522 CCOM (que sólo admite la aceptación). Los requisitos exigidos en los seguros de personas son: 1) la notificación al asegurador; 2) que esta notificación se practique por escrito, y 3) que la misma notificación sea hecha por medio de un ministro de fe.

Igual que en el caso de la aceptación requerida en los seguros de daños, el acto necesario para dar efecto a la cesión de la póliza de seguros de personas (la notificación por escrito y por medio de ministro de fe al asegurador) es una medida de protección al asegurador, de manera que no se vea expuesto a pagar la indemnización (o las cantidades a que tenga eventualmente derecho el contratante, como, por ejemplo, el rescate) a quien no es realmente el titular del crédito. Si se recuerda, el artículo 1903 del Código Civil prescribe que la notificación debe hacerse (al deudor) con la exhibición del título, el que llevará anotado el traspaso del derecho con la designación del cesionario y bajo la firma del cedente. Desde que dicha diligencia queda hecha por medio de un ministro de fe, como indica la ley, se producen los efectos generales de la cesión de créditos.

La jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema ha señalado que la notificación de la cesión de derechos del derecho común, a falta de disposición especial, debe ser la personal del artículo 47 del Código de Procedimiento Civil,[494] llevada a efecto por receptor judicial. Nos parece que este requisito

[494] La EXCMA. CORTE SUPREMA, 29 de enero de 2015, ingreso Nº 1538-214, caratulado "Factoring Mercantil S.A. c/ Serviu Región del Bío Bío", ha dicho: "La jurisprudencia ha señalado la forma para cumplir esta diligencia, pues, ni el Código Civil ni el Código de Comercio señalan la forma de hacerlo. En efecto, se llegó a sostener que la forma adecuada de notificar era la notificación personal previa resolución judicial. Hoy, en cambio se sostiene, que existiendo el artículo 47 del Código de Procedimiento Civil, en la ausencia de un procedimiento de notificación exigido por la legislación sustantiva, debe aplicarse esta forma, pues, la disposición señala que se aplicará siempre que la ley disponga que se notifique a alguna persona para la validez de ciertos actos, o cuando los tribunales lo ordenen expresamente". EXCMA. CORTE SUPREMA, 21 de marzo de 2011, ingreso Nº 4160-2009, "Factoring Creación Quinta Región S.A. con Empresa de Obras Sanitarias de Valparaíso S.A." (sentencia de reemplazo): "Que, atendida la época en que se produjeron las notificaciones de que se trata –primer semestre de 2003– la normativa por la que hubo de regirse dicho trámite de comunicación y publicidad, como quedó apuntado en los basamentos undécimo a décimo tercero del fallo de casación,

no puede entenderse exigible al seguro de personas, pues el artículo 597 CCOM no distingue la clase o calidad del ministro de fe que debe concurrir a la notificación. Pensamos que, para satisfacer el requerimiento legal, en los seguros de personas la notificación bien puede llevarse a efecto por intermedio de un notario o por medio de una carta certificada.[495]

83.1. El asegurador podrá oponer al cesionario o endosatario las excepciones que tenga contra el asegurado o beneficiario

Además del efecto transmisivo del crédito que lleva implícita toda cesión de derechos, la ley regula en el artículo 522 CCOM los efectos procesales. En este sentido, el asegurador conserva, respecto del cesionario, todas las excepciones que tenía en contra del cedente. Lamentablemente, el legislador mercantil no ha precisado si se refiere tanto a las excepciones reales como personales, o si sólo se refiere a las primeras.

A falta de determinación, existen dos opciones. La primera es interpretar que el artículo 522 inciso 5º modifica en parte lo dispuesto en el artículo 1906 CC, que regula la extensión de la cesión, limitando la cuestión a las excepciones reales, y por lo tanto entender que, en el seguro, se permite al asegurador oponer toda clase de excepciones al cesionario. Si, por ejemplo, el cedente era incapaz absoluto, el asegurador podrá oponer la excepción de nulidad

---

correspondía a la establecida por los artículos 1902 y 1903 del Código Civil y 162 del Código de Comercio; de acuerdo con la cual, para que la cesión de créditos resulte oponible al deudor y a terceros, debe notificarse al primero de éstos, mediante la exhibición del título, que llevará anotado el traspaso con la designación del cesionario bajo la firma del cedente; diligencia que se encomienda a un ministro de fe, el cual ha de exhibir materialmente al deudor el título donde consta el crédito cedido y practicada personalmente; requisito este último exigible, en virtud de lo prescrito en el artículo 47 del Código de Procedimiento Civil, según lo establecido por la jurisprudencia reiterada de esta Corte Suprema". También Excma. Corte Suprema, 2 de julio de 2008, ingreso Nº 1955-2007, "Factoring S.A. c/ Sociedad Nacional de Oleoductos Ltda.".

[495] Los Proyectos de Código Civil chilenos establecían que la notificación la podía hacer un Notario. En tal sentido tanto el Proyecto de 1847 (artículo 397, inc. 2º), el Proyecto de 1853 (artículo 2080), y el llamado Proyecto Inédito (artículo 2080) señalaban: "Tampoco tendrá efecto contra terceros, si no constare por escritura pública o por escritura privada firmada por tres testigos, o si no hubiere sido notificada al deudor por un escribano, anotándose la notificación en el título, o si no constare de un modo auténtico que el cesionario ha sido aceptado por el deudor". En la legislación de seguros de personas actual, curiosamente, se ha retornado a esa modalidad.

absoluta al cesionario. Lo mismo si el contrato adolecía de nulidad absoluta por la ausencia del interés del articulo 589 CCOM, pero también para todas las excepciones personales y mixtas.

La segunda opción, a nuestro juicio más plausible, es dar aplicación supletoria al artículo 1906 CC a falta de un texto legal expreso que solucione el problema en la ley especial. Pensamos, en consecuencia, que la cesión de la póliza no puede implicar la posibilidad de oponer al cesionario las excepciones personales del cedente, salvo, excepcionalmente, las que sobrevengan de la nulidad relativa por vicios de la voluntad.

83.2. La cesión de la póliza transfiere al cesionario todos los derechos que para el asegurado emanan del contrato y la ley

Como su nombre lo indica, la cesión consiste en la transferencia de ciertos derechos que corresponden al contratante, o que eventualmente puedan corresponder al beneficiario.

Las cesiones pueden ser a título gratuito u oneroso, pero toda cesión a título gratuito debe ser analizada con cautela por un asegurador diligente, ya que puede comportar una donación u otra liberalidad que infrinja las normas sobre control de lavado de activos, protección de legítimas hereditarias, insinuación de donaciones, nulidad absoluta, pago efectivo, etcétera.[496] Piénsese en una renta vitalicia o en un seguro con cuenta única de inversión en que se cede la calidad de contratante y, con ello, simplemente se dona al cesionario una cantidad de dinero indeterminada (la renta futura o el derecho de rescate o a la devolución de la CUI en caso de llegarse a la edad máxima de permanencia del asegurado).

La cesión de la calidad de beneficiario, al igual que la designación de tercero beneficiario, no comporta donación en Chile, aunque se revoque totalmente el anterior. El crédito que cede a favor del beneficiario sobre la indemnización eventual de un seguro de personas (que nadie sabe si va a permanecer vigente después de la cesión) reconoce fuente legal expresa, y no comporta liberalidad, herencia, donación ni legado.

---

[496] Véase *infra* 92.

La cesión a título oneroso, señala el artículo 1907 CC, hace responsable al cedente de la existencia del crédito al tiempo de la cesión (del crédito condicional en el caso del beneficiario), pero no lo hace responsable de la solvencia del asegurador, salvo que se comprometa a ello expresamente.

Agrega la norma que "ni aun comprometiéndose a la solvencia del deudor se compromete a la solvencia futura, sino sólo a la presente, salvo que se comprometa expresamente la primera; ni se extenderá la responsabilidad sino hasta concurrencia del precio o emolumento que hubiere reportado la cesión, a menos que expresamente se haya estipulado otra cosa".

83.3. La cesión y la prenda del seguro de personas procede cuando no se ha designado un beneficiario irrevocable

Como indica el artículo 597 CCOM, no puede cederse la póliza cuando se ha designado beneficiario irrevocable. Con todo, el artículo 595 CCOM dispone que puede revocarse aun el beneficiario irrevocable si éste mismo consiente en la revocación. En este caso, evidentemente se podrá ceder (y pignorar) la póliza.

Resta saber qué pasa si igualmente se cede la póliza o los derechos que de ella emanan sin que concurra el consentimiento del beneficiario irrevocable. Nos interesa a estos efectos la palabra "excepto", que encabeza el artículo 597 CCOM. Esta expresión evidencia una prohibición de ceder la póliza. Sin embargo, no se trata de una prohibición absoluta desde que el artículo 595 CCOM permite salvarla si es que concurre la voluntad expresa del beneficiario. En esas circunstancias, la sanción más razonable parece ser la inoponibilidad de la cesión al asegurador y a otros terceros, y no la nulidad absoluta, aunque concurran los requisitos del artículo 597 CCOM, analizados más arriba.

84. Prenda del seguro

La prenda del seguro es la constitución de un derecho real de garantía a favor de un tercero acreedor sobre la prestación asegurada.[497] Para poder

[497] Ruiz-Tagle, Carlos (2015), "Comentario al artículo 597", en *Comentarios*, p. 803.

pignorar la póliza de seguro de personas (y muy preferentemente la de vida), será necesario que se cumplan las mismas condiciones que la ley impone para la cesión de la póliza. Esto significa que para proceder a la pignoración no puede haberse designado beneficiario irrevocable (esta póliza es "no pignorable", por definición), y deberá notificarse por escrito al asegurador por medio de un ministro de fe.

El artículo 597 CCOM hace excepción al artículo 7º de la Ley Nº 20.190, que establece que la prenda de créditos nominativos debe ser notificada al deudor del crédito pignorado judicialmente o por medio de un notario con exhibición del título, prohibiéndole que lo pague en otras manos, salvo que mediare su aceptación por escrito, bajo sanción de inoponibilidad. Tratándose del seguro de personas, no cabe la notificación judicial, sino que, como hemos señalado, basta que ésta se lleve a efecto por medio de un ministro de fe. Además, no cabe la aceptación.

La Ley Nº 20.667, sobre contrato de seguro, lamentablemente no regula la forma que debe observar este contrato entre pignorante y pignoratario, sino sólo los efectos (y requisitos) del contrato (y derecho real) de prenda frente al asegurador. En silencio del legislador de seguros, nos parece que debe operar lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley Nº 20.190, que exige que la prenda sea solemne, por escritura pública, o bien por instrumento privado, en cuyo caso las firmas de las partes concurrentes deberán ser autorizadas por un notario y el instrumento deberá ser protocolizado en el registro del mismo notario que lo autoriza.

El contrato de prenda del seguro debe sujetarse a lo prescrito en el artículo 3º de la Ley Nº 21.190 y, en consecuencia, deberá contener al menos la individualización de sus otorgantes (el contratante del seguro y el pignoratario); la indicación de las obligaciones caucionadas, o bien de que se trata de una garantía general; la individualización o la caracterización de las cosas empeñadas (que en este caso es la póliza y las prestaciones actuales o eventuales a que da derecho), y, finalmente, la suma determinada o determinable a la que se limita la prenda, o la proporción en que debiere caucionar diversas obligaciones, si fuere el caso.

Una vez celebrado el contrato, el notario debe enviarlo al Registro de Prendas sin Desplazamiento, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 24 de

la Ley Nº 20.190. Desde la fecha de la inscripción, el pignoratario adquiere el derecho real de prenda y podrá hacerlo valer ante terceros (artículo 25 de la Ley Nº 20.190).

Como hemos analizado en los párrafos anteriores, no sólo la póliza, sino los derechos que de ella emanan pueden ser objeto de cesión o prenda. Lo anterior debe ser mirado con cautela, pues los derechos del contratante, particularmente el derecho que éste tiene sobre el valor póliza de los seguros con cuenta única de inversión es una cosa (incorporal) presente. En cambio, el derecho a la indemnización es un derecho (incorporal) no sólo incierto, sino que futuro.[498] Lo anterior es muy importante, pues una cosa es pignorar la póliza (caso en el que la prenda sigue la suerte de la pignoración de bienes presentes, como es el derecho a disponer de los fondos disponibles en la CUI), y otra muy distinta es pignorar la eventual indemnización, caso en que deberá aplicarse lo dispuesto en el artículo 9º de la Ley Nº 20.190, que da validez al contrato de bienes futuros, pero mediante su inscripción no se entiende adquirido el derecho real de prenda, sino desde que el derecho empeñado llegue a existir, esto es, desde que se produzca el siniestro, conforme lo dispone el artículo 596 inciso 2º CCOM.[499]

El constituyente de la prenda debe mantener vigente su garantía, evitando su menoscabo o extinción, lo que normalmente se traducirá en seguir pagando la prima, y en cumplir con las obligaciones y cargas impuestas por la ley y el contrato. A estos efectos debe observarse lo dispuesto en el artículo 18 inciso 3º de la Ley Nº 20.190, que dispone que en el caso de la prenda de derechos "el constituyente estará obligado a evitar su menoscabo o extinción. En caso de infracción a lo dispuesto precedentemente, la obligación caucionada se considerará como de plazo vencido", sin perjuicio de las demás responsabilidades civiles o penales que correspondan.

---

[498] Artículo 5°. "Podrá constituirse prenda sobre todo tipo de cosas corporales o incorporales muebles, presentes o futuras".

[499] Una vez que los bienes o derechos señalados en el inciso anterior existan, se entenderá constituido el derecho real de prenda desde la fecha de su inscripción en el Registro de Prendas sin Desplazamiento (artículo 9° inciso 2º Ley Nº 20.190).

85. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS[500]

Como consecuencia de la práctica más asentada en el país, la Ley Nº 20.776 dispuso, desde su proyecto de ley,[501] que las controversias entre asegurado y asegurador (pero también entre beneficiario y asegurador) siguieran la suerte del arbitraje obligatorio o forzoso. Así quedó definitivamente dispuesto en el artículo 543 CCOM, luego de una interesante, pero desgraciadamente no muy profunda, discusión parlamentaria.

La norma señala:

"Solución de conflictos. Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria".[502]

---

[500] La SVS dictó la Circular Nº 2.125, que deroga la Circular Nº 644, que aprobaba un modelo de cláusula arbitral en todos los modelos de pólizas que la contenían.

[501] Su texto se remonta a la Moción Parlamentaria (Nº 20).

[502] El Proyecto (y así quedó en la ley) incorpora las atribuciones que da al árbitro el artículo 1206 CCOM, vale decir, admitir a petición de parte cualquier clase de prueba; decretar de oficio las medidas probatorias que estime conveniente en cualquier estado del juicio; llamar a la partes a su presencia para que reconozcan documentos o instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto sin que ello implique prejuzgamiento en cuando al asunto principal controvertido, y apreciar la prueba de acuerdo a las normas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.

85.1. La jurisdicción "según cuantía" o "regla de la cuantía". Sólo el asegurado tiene derecho a la jurisdicción ordinaria. El problema de esta regla en el seguro de vida

Para delimitar la jurisdicción arbitral, la ley establece arbitraje forzoso sólo para las disputas *entre el asegurado y el asegurador* que sugieran *con motivo de un siniestro* en que se pida como indemnización un monto mayor a UF 10.000.[503]

Esta regla presenta un problema para el caso en los seguros de personas, particularmente los de fallecimiento y algunos de sobrevivencia con período garantizado de pago, en los que el beneficiario del seguro es siempre distinto al asegurado. En este caso, aunque se litigue con motivo de un siniestro de menos de UF 10.000, el beneficiario no puede acudir a la justicia ordinaria, pues el derecho a optar por la justicia ordinaria, como fluye del texto legal, sólo se contempla para el asegurado. Este mismo problema se producirá en los seguros tomados sobre la cabeza de terceros del artículo 589 inciso 2º CCOM.

85.2. La "regla de la cuantía" y su limitación por materia

Otro resultado de la inconveniente redacción de la norma es que la regla de cuantía mínima para que el asegurado opte por llevar el asunto a la justicia ordinaria no puede aplicarse para los asuntos litigiosos relativos a la validez o ineficacia del contrato, o de la interpretación o aplicación de las condiciones generales o particulares. Estos casos deben ser conocidos necesariamente por un árbitro, cualquiera sea la cuantía del litigio, como se aprecia de la simple lectura del articulo 543 CCOM.

---

[503] Esta parte del artículo 543 fue objeto de una indicación complementaria del diputado Tuma, aumentando de 3.000 a 10.000 UF el monto mínimo que las partes discuten, señalando además que el tribunal competente debe ser el del domicilio del beneficiario. En esta parte de la tramitación se cambió, asimismo, el título del artículo de "arbitraje" a "solución de conflictos", ampliándose la competencia de los tribunales ordinarios para conocer de los contratos de seguro, lo que quedó reflejado en un nuevo inciso final.

85.3. El igual tratamiento que el Estado debe dar a los consumidores: La solución de conflictos y el problema del arbitraje forzoso

Como hemos afirmado en otra sede,[504] el distinto tratamiento que el legislador da a consumidores de distinta clase de servicios, como el consumidor de salud, de construcción, de seguros, de transporte aéreo, etcétera, acarrea dificultades e inequidades importantes a la hora de analizar la tutela judicial de la parte débil de la relación contractual.[505]

El problema radica, a nuestro juicio, en dos situaciones interesantes. La primera es una aparente desprolijidad del legislador que llevó a cabo el trámite legislativo en ambas cámaras, al no coordinar las normas sobre arbitrajes y seguros con las que paralelamente se habían aprobado –y se iban aprobando– en beneficio de los consumidores (recordemos que la Ley Nº 20.555 se publicó el 5 de diciembre de 2011), al menos con el fin de no caer en contradicciones, dificultades procesales, mayores costos para el consumidor de seguros, conflictos de interpretación o simplemente para procurar la deseable coordinación del ordenamiento jurídico. La segunda es que, si bien toda ley de contrato de seguro debe ser, en último término, una especie de ley de protección al consumidor, no resulta razonable que la solución de controversias sea más onerosa para el asegurado que si se tratase de servicios de consumo corrientes, o de otra clase (como ocurre, lamentablemente, en materia de prestaciones de salud).[506]

---

[504] NASSER, Marcelo (2014), "La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y la Protección al Consumidor", en *Derechos y deberes de los pacientes. Estudios y textos legales y reglamentarios*, Cuadernos de Extensión Nº 24 (MILOS, P. y CORRAL, H., editores), Santiago de Chile, Universidad de los Andes, pp. 68 y ss.

[505] Sobre el desequilibrio *vid*. PIZARRO, Carlos (2013), "Comentario al artículo 16 G", en *La protección de los derechos de los consumidores*, p. 343. Para un análisis dogmático de la cuestión (entre otros artículos del autor), DE LA MAZA, Íñigo (2012), "Contratos por adhesión y cláusulas abusivas. ¿Por qué el Estado y no solamente el mercado?", en *Consumidores* (BARRIENTOS, F.; DE LA MAZA, I.; PIZARRO, C., Eds.), Santiago de Chile, Abeledo Perrot-Thomson Reuters-Fundación Fernando Fueyo, pp. 1-46 (*Revista Chilena de Derecho Privado*, Nº 1 (2003), pp. 109-147).

[506] La Ley Nº 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes, reenvía (en su artículo 37) la cuestión jurisdiccional a la Ley Nº 19.966, que contempla un procedimiento de responsabilidad civil más engorroso que lo normal, pues requiere mitigación y mediación que normalmente deriva en un juicio ordinario de mayor cuantía ante un juez de letras en lo civil. Lo anterior sin

En efecto, no existen argumentos de peso para tratar de manera diversa a las mismas personas dependiendo del contrato de adhesión que suscriban o con qué tipo de industria se relacionen. Al contrario, el ordenamiento jurídico debe tender a la integración de las normas de consumo, particularmente las de acceso a la justicia, de manera de no tornar en ilusoria la protección.[507] Como afirma Carvajal, las normas de protección a los consumidores deben tender a la unificación.[508]

En este sentido, la más moderna doctrina nacional, representada por autores como María Fernanda Vázquez y Eduardo Jequier,[509] sostiene que la sujeción a arbitraje forzoso a lo sumo resulta plausible cuando se esgrimen razones de interés u orden público que, en materia de seguros, a nuestro juicio, no pueden encontrarse con facilidad. De hecho, el propio artículo 1203 número 1° CCOM, relativo a la solución de conflictos en el seguro marítimo, permite evitar el arbitraje, lo que acredita la falta de coordinación del ordenamiento.

Nos parece que los argumentos vertidos en la tramitación del proyecto acerca de una supuesta "falta de conocimiento de los jueces" sobre determinadas materias relativas al seguro deben ser analizadon. Lo primero que debe señalarse es que dicho argumento no resulta comprobado, pues los jueces de letras resuelven conflictos mucho más complejos que la

---

perjuicio del derecho del paciente a reclamar ante el prestador institucional o ante la superintendencia. Sobre este asunto, Nasser, Marcelo (2014), pp. 74 y s.

[507] Tapia, Mauricio y Valdivia, José Miguel (1999), *Contrato por adhesión*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, pp. 125 y 126.

[508] Carvajal, Patricio (2002), "Sugerencias para un derecho de consumo unitario", *Revista Chilena de Derecho* Nº 29/1, pp. 127-137.

[509] Agrega Vásquez, María Fernanda (2009), *El arbitraje en Chile*, Santiago de Chile, LegalPublishing, p. 141: "Esta situación provoca una notoria injusticia, por cuanto, en pos del querer lograr una administración judicial más ágil para algunos, se perturba a otras personas lesionando su legítimo derecho a brindarse una justicia estatal gratuita, conculcándose con ello el derecho de propiedad al imponer a las partes el deber de pagar una suma de dinero por la solución de sus controversias, situación que genera a lo menos, un desequilibrio económico injustificado. Ello atenta, además, contra el numeral 2 del artículo 19 de la CP que protege la igualdad ante la ley". Lo mismo, Jequier, Eduardo (2011), "El arbitraje forzoso en Chile (un examen de constitucionalidad en el ordenamiento jurídico chileno)", en *Estudios Constitucionales*, Nº 9/2, pp. 481-487.

procedencia de la indemnización de un siniestro, como son, por ejemplo, la responsabilidad de los directores de sociedades anónimas, las disputas sobre competencia desleal,[510] etcétera.[511] Del mismo modo, es conocida la jurisdicción de nuestras cortes en recursos de apelación y de casación relativos a pólizas de seguro terrestres y marítimos, recuperos, etc., por lo que una descalificación *a priori* de la judicatura como la sugerida en la comisión no resulta razonable, ni siquiera presentable.[512] Pero mucho menos plausible resulta dicho argumento si se tiene en cuenta que la persona del árbitro será precisamente nombrada por una magistratura ordinaria a falta de acuerdo de las partes, pues no hay ninguna garantía de que dicho nombramiento vaya a recaer en un experto.[513]

En relación con la legislación de consumo, la parte final del artículo 16 de la LPDC establece el derecho a una jurisdicción irrenunciable, asegurando el derecho que el consumidor tiene siempre a acudir a lo que denomina "el tribunal competente", que en otra sede hemos identificado como aquel competente según la propia LPDC, vale decir, salvo las excepciones contenidas en ella misma, un Juzgado de Policía Local.[514] En tal sentido, debe tenerse en cuenta que el artículo 4º LPDC establece que las normas de consumo son irrenunciables anticipadamente para el consumidor.[515] Entre esas normas, por cierto, aparecen las normas sobre consumidor financiero y el régimen corriente de cláusulas abusivas. Pero también las normas sobre publicidad engañosa, tamaño de la tipografía, etcétera.

---

[510] Artículo 8º de la Ley Nº 20.169.

[511] Cuestión advertida por LAGOS, Osvaldo (2012), p. 131.

[512] Para antiguas opiniones doctrinales a favor del arbitraje obligatorio con las más singulares argumentaciones (como las de Aylwin y Figueroa Yáñez), véase VÁSQUEZ PALMA, María Fernanda (2009), p. 139, Nº 475.

[513] Existen dos centros arbitrales expertos en seguros en el país. El de AIDA-Chile (Asociación Internacional de Derecho del Seguro, sección chilena www.aida-chile.cl), y el internacional de ARIAS-LATAM (www.ariaslatam.cl), cuya sede funciona en la Facultad de Derecho de la P. Universidad Católica de Chile. Además, el CAM-Santiago cuenta, entre su nómina, con algunos expertos en la materia.

[514] DÍAZ, Ignacio y NASSER, Marcelo (2015), p. 500.

[515] Sobre esto, en general, véase el comentario al artículo 4º de la LPDC que hace MOMBERG, Rodrigo (2013), "Comentario al artículo 4°", en *La protección de los derechos de los consumidores*, pp. 191 y ss.

Dentro de dicha irrenunciabilidad resulta interesante preguntarse si es que una persona que califique como consumidor de seguros según el ámbito de aplicación de la LPDC tiene el derecho contemplado en la parte final del ya referido artículo 16, agregado por la Ley Nº 19.955, esto es, la facultad de acudir "siempre ante el tribunal competente" mediante procedimientos infraccionales y/o indemnizatorios, de nulidad o de otro de los fines contemplados en el artículo 50 LPDC.[516]

Además del derecho irrenunciable a una jurisdicción propia del derecho de consumo que deriva de la propia LPDC, para las materias que no aparecen especialmente tratadas en el Código de Comercio, no debe perderse de vista que el artículo 230 del Código Orgánico de Tribunales prohíbe que las materias de conocimiento de un Juzgado de Policía Local puedan quedar bajo el conocimiento de un árbitro y, a su turno, el artículo 228 del mismo Código establece que, fuera de los casos del artículo 227, nadie puede ser obligado a someter una contienda a la jurisdicción arbitral. La cuestión es bastante compleja, y el artículo 543 del CCOM sólo viene a entrampar más el asunto, generándose una situación inconveniente en perjuicio de los consumidores.

Como siempre debe ocurrir antes de abordar un problema de consumidores, el intérprete deberá tener en cuenta que la legislación de consumo sólo recibe aplicación cuando el conflicto queda sujeto al llamado "ámbito de aplicación" de la ley. Ese ámbito, antiguamente restringido a unos pocos negocios, hoy resulta bastante más amplio. De hecho, la Ley Nº 20.416 incluso incorpora como consumidoras a la mayoría de las empresas del país en su "rol de consumidoras" respecto de otras compañías.[517]

---

[516] Contra Villalobos, Sergio (2006), "Competencia y procedimiento de la Ley de Protección a los Consumidores en los Juzgados de Policía Local", en *La protección de los derechos de los consumidores en Chile*, Cuadernos de Extensión Nº 12 (Lagos, O., y Baraona, J. editores), Santiago de Chile, Universidad de los Andes, p. 132, quien sostiene si en el contrato viene designado un árbitro, éste debe tener la competencia para resolver el asunto.

[517] El artículo 9º de la Ley Nº 20.416, que se titula "Rol de consumidoras", establece la protección de la legislación de consumo a las micro y pequeñas empresas y ya no sólo a los consumidores ocasionales. En efecto, la Ley Nº 20.416 establece que se deberá entender por "proveedores" a todos quienes realicen las actividades del artículo 1º de la LPDC respecto de "micro" y "pequeñas" empresas. Básicamente, esto quiere decir que cada asegurador que se relacione con una empresa que facture de 0 a 25.000 UF, descontado el IVA y los impuestos

Para que se aplique la legislación de consumidores, es necesaria una interacción jurídica contractual y onerosa entre un consumidor y un proveedor dentro del artículo 2º y 2° bis LPDC.[518] Además, quedan dentro de su ámbito de aplicación una serie de situaciones precontractuales, como los deberes de información y publicidad, y cuestiones extracontractuales, como la protección a la dignidad de la persona que ha sido afectada por los sistemas de vigilancia y seguridad de un proveedor (artículo 14 LPDC), entre otros ejemplos menores.

La experiencia nos demuestra que, pese a la limitación propuesta el antiguo artículo 2°, el "ámbito de aplicación" de la LPDC se ha flexibilizado y ampliado con el tiempo, particularmente tras la entrada en vigencia de la Ley Nº 19.955, que modificó el artículo 2º y agregó el nuevo artículo 2º bis, manifestándose una relajación del requisito del "acto de consumo", básicamente por la primacía del consumidor final sobre el consumidor jurídico.[519] Además, este fenómeno expansivo se explica por una aplicación jurisprudencial inclusiva del artículo 2º bis y, últimamente, por la dictación de la Ley Nº 20.416, sobre empresas de menor tamaño.

Por disposición del artículo 2º bis de la LPDC, cada vez que falte una ley especial, o aun existiendo una si es que en ella no se contemplan las situaciones conflictivas o un procedimiento indemnizatorio, es necesario dar aplicación a la legislación de consumo.

---

específicos en un año calendario, quedará sujeto al régimen legal del derecho del consumidor, con todo lo que ello significa, particularmente en lo referido a las reformas del consumidor de servicios financieros, cláusulas abusivas, publicidad engañosa, etc. En ese entendido, el legislador concede el rol de consumidoras a las empresas de menor tamaño en lo relativo a los párrafos 1°, 3°, 4° y 5° del Título II y a los párrafos 1°, 2°, 3° y 4° del Título III, o sea, a casi toda la Ley de Protección al Consumidor, con la excepción de la normativa sobre productos peligrosos y la orgánica y funciones del Sernac.

[518] En general, aunque desactualizado por la práctica y por la Ley Nº 20.416, el problema del ámbito de aplicación se encuentra completamente tratado en JARA, Rony (2006), "Ámbito de aplicación de la ley chilena de protección al consumidor: Aplicación de la Ley Nº 19.496 y las modificaciones de la Ley Nº 19.955", en *La protección de los derechos de los consumidores en Chile*, cit., pp. 21-58.

[519] CORTE DE APELACIONES DE CONCEPCIÓN, 8 de noviembre de 2007, "González Ruiz con Supermercado Santa Isabel".

a) Legislación especial sobre seguros y protección al consumidor

A primera vista, la existencia de dos leyes sustantivas bastante detalladas sobre seguros (Código de Comercio y D.F.L. Nº 251) impediría la aplicación de la LPDC. Sin embargo, la correcta lectura de los artículos 2° y 2° bis de la LPDC conduce a una conclusión algo distinta. La sola existencia de leyes especiales no puede enarbolarse como impedimento para que la legislación de consumidores no resulte aplicable, pues la misma LPDC dispone su aplicación a las situaciones en que dichas leyes especiales no prevean.

b) Casos en que es indudable que se aplica la LPDC

Tales situaciones no previstas por una legislación especializada pueden ser, sólo a modo de ejemplo, las referidas a tratativas precontractuales sobre inalterabilidad de las condiciones ofrecidas, publicidad engañosa o falsa, algunos deberes expresos de información, y el régimen de control o nulidad de cláusulas abusivas. Destaca, asimismo, aunque por disposición legislativa especial, la inclusión a todo evento dentro de la LPDC de las llamadas acciones de clase.[520]

85.4. Cláusulas abusivas en el contrato de seguro y solución de controversias

En materia de control de cláusulas abusivas es donde la aplicación sustantiva y el mecanismo de solución de controversias de la LPDC al contrato de seguro resultan más pacíficos. Lo anterior, a riesgo de sonar demasiado categórico, fluye de dos argumentos.

A pesar de que el artículo 543 del CCOM se refiere a la "validez e ineficacia del contrato de seguro", no trata expresamente acerca de control de las cláusulas abusivas en particular, ni provee una acción de nulidad especial como la del artículo 50 LPDC. Constatado aquello, corresponde dar aplicación íntegra a la legislación de consumo en virtud de los artículos 2° y 2° bis de la LPDC,[521] ante el tribunal que esa misma ley dispone.

---

[520] Díaz, Ignacio y Nasser, Marcelo (2015), pp. 500-501.

[521] Por ejemplo, consúltese la opinión de Lagos, Osvaldo en Boletín Adeco, Academia de Derecho y Consumo de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales y Fundación

Asimismo, desde la dictación de la Ley Nº 20.555, la LPDC contempla en su artículo 17 B una "lista negra financiera" de cláusulas abusivas en contratos de seguro, abarcándose la posibilidad expresa del consumidor para intentar la acción anulatoria del artículo 17 E,[522] también ante el tribunal dispuesto en la LPDC.

Si bien es cierto que la lista del artículo 17 B más bien se refiere a cuestiones sobre crédito al consumidor[523] que a coberturas por siniestros o interpretación de las pólizas, la jurisdicción competente para conocer de la acción anulatoria[524] en dichos contratos es la que se ejerce ordinariamente ante el juez de policía local y no ante un árbitro. Si se trata de acciones colectivas, conocerá un juez de letras. La LPDC es la ley particular que regula esta materia y debe recibir aplicación preferente en virtud del principio de especialidad. De tal suerte, no puede negarse la posibilidad de que un contratante, asegurado o beneficiario recurran válidamente ante la justicia de consumo para obtener la nulidad de una cláusula que, por ejemplo, contemple mandatos en blanco (artículo 17 B letra g) LPDC), imponga ventas atadas sin que se requiera la aceptación expresa de cada producto o servicio (artículo 17 B letra d), u otra situación semejante.

Si aceptamos que los jueces de consumo puedan controlar las cláusulas abusivas en los contratos de seguro, debemos prestar especial atención a lo dispuesto en la letra g) del artículo 16 de la LPDC. Esta norma contempla un deber general de buena fe en los contratos de adhesión, inexistente en otros

---

Fueyo), en http://www.derechoyconsumo.udp.cl/boletin/Derecho_y_Consumo_boletin_ago_sep_2013.pdf, correspondiente al ejemplar de agosto-septiembre de 2013, pp. 2-8.

[522] Para la acción del artículo 17 E, véase PIZARRO, Carlos (2013), "Comentario al artículo 17 E", en *La protección de los derechos de los consumidores*, pp. 440 y s.

[523] Como fluye de los Decretos N°s. 42, 43 y 44 del Ministerio de Economía, de 31 de julio de 2012, y del propio Mensaje del Ejecutivo de la Ley Nº 20.555, todo citado y explicado por DE LA MAZA, Íñigo (2013), "Comentario al artículo 17 B", en *La protección de los derechos de los consumidores*, pp. 378 y s.

[524] Se ha discutido si las cláusulas son nulas *ab initio* o más bien son anulables, prefiriéndose la tesis de que son cláusulas anulables. Sobre esto, véase PIZARRO, Carlos (2013), "Comentario al artículo 16 A", en *La protección de los derechos de los consumidores*, pp. 352-356.

textos legales más allá del deber general del artículo 1546 del CC.[525] Este deber de conducta, establecido no sólo para el período de ejecución del contrato (como el artículo 1546 CC),[526] está especialmente contemplado en la LPDC para las condiciones generales de contratación. Por esta misma razón, este principio debe recibir aplicación en materia de seguros y debe coordinarse con las normas relativas al tamaño de la letra, al idioma de las pólizas, y toda otra cuestión que no resuelva expresamente la legislación especializada. Precisamente la letra g) del artículo 16 hace directa referencia a las "disposiciones especiales o generales" que rijan el negocio, lo que fuerza al intérprete y al juez a concretar la buena fe en el seguro con una lectura coordinada de todas las normas que rigen el contrato y sus mecanismos. Ahora bien, a pesar de que el artículo 16 letra g) de la LPDC utiliza la voz "disposiciones" y no "leyes", nos parece que no podría aceptarse, por ejemplo, una defensa de un proveedor fundada en reglamentos ni en circulares que regulen el asunto con menos rigor que la legislación de consumidores, pues en tal caso se estaría frente a una disposición ilegal.

Pensamos que no pueden existir inconvenientes para que la LPDC y su acción anulatoria general, contemplada en el artículo 50, pueda y deba aplicarse a los contratos de seguro. En efecto, tanto el CCOM como el D.F.L. Nº 251, por muy especiales que parezcan, ciertamente no abordan (pues no es su especialidad) los problemas sobre imposición por medio de contratos de adhesión de cláusulas que inviertan la carga de la prueba en perjuicio del asegurado, ni sobre otras que contengan exenciones absolutas de responsabilidad y que no tengan un correlato en la función económica del contrato. Las dos leyes sobre seguros, finalmente, tampoco establecen un procedimiento judicial de nulidad de cláusulas abusivas (el artículo 543 sólo habla de la ineficacia del contrato), ni menos aún las declaran nulas *ab initio*. Finalmente, la idea de dar aplicación a una ley imperativa como

[525] Sobre esta norma, con abundante doctrina y jurisprudencia, Momberg, Rodrigo y Pizarro, Carlos (2013), "Comentario al artículo 16 G", en *La protección de los derechos de los consumidores*, pp. 341-351.

[526] El párrafo 4° del Título II de la LPDC se refiere a la equidad tanto en las estipulaciones como en el cumplimiento de los contratos de adhesión.

la de consumidores, en vez de no dársela, fluye del sentido común y del espíritu general de la legislación.[527]

De tal suerte, nos parece que cada vez que un contratante, un asegurado o un beneficiario (o un grupo de ellos) se enfrente a una o más cláusulas abusivas de aquellas listadas en el artículo 16 de la LPDC, o a una infracción general del deber de buena fe objetiva en atención a la finalidad del contrato y a las disposiciones generales y especiales que lo rigen, y que se hayan dictado en conformidad a la juridicidad vigente, podrá entablar válidamente la acción anulatoria ante la jurisdicción de consumo.

85.5. Solución de conflictos relativos al deber de no hacer publicidad falsa o engañosa

Resta analizar el deber de no engañar al consumidor mediante publicidad falsa o tendenciosa, y averiguar si quienes hacen oferta de coberturas, por sí o por medio de intermediarios, quedan bajo el umbral de aplicación de la LPDC. Al mismo tiempo, resulta importante examinar si un consumidor de seguros, o acaso cualquier destinatario de la información o publicidad, pueden solicitar las acciones de cesación del artículo 31 LPDC[528] y las indemnizatorias contempladas en el artículo 50 de la LPDC cuando se ven enfrentados a un problema de información tendenciosa, o de publicidad falsa o engañosa.

Si nos remitimos a los deberes generales de información y publicidad contenidos en la LPDC, parece nítido que el seguro no pueda escapar a su ámbito de aplicación y a sus reglas de solución de conflictos,[529]

---

[527] En materia contractual, la regla del "sentido efectivo" recibe aplicación en Chile (artículo 1562 CC). En materia legal, en cambio, surge de su naturaleza general y obligatoria.

[528] Así las denomina CORTEZ, Gonzalo (2013), "Comentario al artículo 50", en *La protección de los derechos de los consumidores*, p. 959.

[529] Sólo a modo ejemplar puede considerarse normativa sobre información y publicidad que pesa sobre toda clase de proveedores los artículos 1° números 3, 4, 5, 6, 8; el artículo 3º b, los artículos 17, 17 B a L, el artículo 18, los artículos 28 al 36, etcétera. Como puede apreciarse, una buena parte de los deberes de información y publicidad fueron agregados a la normativa de consumidores por medio de la Ley Nº 20.555, sobre consumidores de servicios financieros, entre los cuales aparecen ciertamente los seguros, aun cuando las normas generales sobre información y publicidad bastarían para hacer un análisis.

pues la legislación especial no contempla un régimen sancionatorio ni indemnizatorio. Por otra parte, debe descartarse que la existencia de normas y circulares de la SVS (como la Circular Nº 2.123, la Circular Nº 2.180, la NCG Nº 171 o la NCG Nº 420) puedan ser consideradas como "legislación especial" para los efectos de la aplicación de la LPDC.

De tal manera, el órgano naturalmente llamado a conocer de un asunto sobre publicidad falsa, tendenciosa o engañosa será el tribunal de consumo y nunca un árbitro. Lo mismo en lo relativo a las acciones de cesación de publicidad contempladas en la LPDC, más allá de la potestad de la SVS, hoy CMF, para ordenar unilateralmente el cese de una determinada publicidad en ciertos casos.

85.6. Acción de cumplimiento o reclamación de una indemnización por siniestro

En las reclamaciones por siniestros para los casos en los que el asegurado (no el beneficiario) reclame una indemnización por siniestro que supere las UF 10.000, vale decir, siempre y cuando el siniestro haya ocurrido, haya sido liquidado, y la indemnización haya sido rechazada en todo o parte, no es posible para el asegurado evitar la justicia arbitral. La legislación de consumo en este caso debe ceder ante la ley especializada, que contempla un régimen indemnizatorio particular, precisamente por la aplicación de los artículos 2° y 2° bis LPDC, tantas veces traídos a colación.

Para los casos en que se reclamen menos de UF 10.000 como monto de la indemnización por un siniestro, el artículo 543 CCOM establece el derecho del asegurado (y sólo de él, no del beneficiario) para concurrir ante la justicia ordinaria, vale decir, ante el juez de letras[530] competente territorialmente.[531]

---

[530] En rigor, justicia ordinaria debe ser sinónimo de tribunales ordinarios. Los tribunales ordinarios de justicia son aquellos descritos en el artículo 3º del Código Orgánico de Tribunales, dentro de los cuales no se encuentran los Juzgados de Policía Local.

[531] Corte de Apelaciones de Concepción, 15 de junio de 2015, "Laura Garretón Rodríguez con RSA Seguros Chile S.A.", ingreso Nº 1731-2014, considerando 5º: "Teniendo en cuenta el carácter imperativo de las normas contempladas en la Ley Nº 20.667, será tribunal competente para conocer la presente demanda de cumplimiento de contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario (…) teniendo derecho a la indemnización en caso de siniestro, aun sin ser asegurada,

85.7. Arbitraje administrativo por la SVS (hoy subrogada por la CMF) en asuntos de cuantía limitada

El artículo 3º letra i) del D.F.L. Nº 251 mantiene como una de las facultades de la SVS (hoy CMF) una curiosa potestad jurisdiccional. Ni la Ley Nº 20.667 ni la Ley Nº 21.000 se han encargado de derogar expresamente esta norma.

La norma faculta a la CMF resolver en casos a su juicio calificados (y en carácter de árbitro arbitrador sin ulterior recurso) las dificultades que se susciten entre las compañías y el asegurado o el beneficiario en su caso, cuando los interesados de común acuerdo lo soliciten. En tal caso, la ley no contempla un límite de cuantía, por lo que, a nuestro juicio, la norma debe entenderse, a ese respecto, derogada tácitamente.

Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos solicitar al árbitro arbitrador la resolución de las dificultades que se produzcan, cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a UF 120 o UF 500 cuando se trate de seguros obligatorios.

La cuestión no deja de presentar complejidades, particularmente si se coteja con el artículo 543 CCOM, incorporado por la Ley Nº 20.667. En efecto, la legislación parece contemplar tres jurisdicciones diversas para incoar la acción de cumplimiento. En primer lugar, la justicia ordinaria (a elección del asegurado); en segundo, la justicia arbitral del artículo 543 CCOM, y la justicia arbitral especialísima ante la CMF, comprendida en el artículo 3º D.F.L. Nº 251.

---

el cual se encuentra en la comuna de Los Ángeles, motivo por el cual deberá seguir conociendo de estos autos el Primer Juzgado Civil de Los Ángeles. Lo indicado implica que lo que consta en las 'Condiciones Particulares de la Póliza', en el sentido que las partes fijan domicilio en la ciudad de Santiago para efectos del contrato de seguro, deberá ceder y dar paso a la aplicación del artículo 543 del Código de Comercio en materia de tribunal competente, máxime el carácter imperativo de las normas contenidas en la Ley Nº 20.667 y, teniendo en cuenta, además, que lo razonado resulta a todas luces más beneficioso para el asegurado, quien es demandante en estos antecedentes, lo que es consistente con el contenido del artículo 542 del Código de Comercio".

85.8. El Defensor del Asegurado. Obligatoriedad de acatar sus resoluciones para los aseguradores

Cuestión distinta, por su carácter voluntario y privado, es la solución de conflictos ante el Defensor del Asegurado, entidad autónoma que debe velar por el desarrollo del mercado de seguros en consonancia con el principio de buena fe. Los antecedentes sobre este medio original y eficiente de solución de controversias se encuentran en el sitio web www.ddachile.cl.

Esta figura está creada por los estatutos de la Asociación Aseguradores de Chile A.G., entidad que agrupa voluntariamente a las compañías de seguros que operan en el país. Según el artículo 55 de los Estatutos, el Defensor del Asegurado debe "conocer y resolver, de acuerdo a las condiciones ofrecidas en los contratos celebrados por las compañías de seguros, los reclamos que formulen los clientes (contratantes, asegurados, beneficiarios y otros) respecto de aquéllos".

Una de las cuestiones más interesantes de este régimen privado de solución de controversias es que sus resoluciones son obligatorias para las compañías que han adherido al sistema, siempre que el cliente también acepte la resolución. La compañía adherente ofrecerá a este último la solución de su reclamo en los términos señalados por el defensor y el cliente podrá aceptarlos o ejercer las acciones que legalmente le correspondan.

En los seguros de vida de toda clase y en los de salud, quedan excluidas de la competencia del Defensor del Asegurado las reclamaciones en que la cuantía del reclamo supere las UF 250. Los demás seguros de personas, como los de accidentes (incluso el SOAP), tienen un límite de UF 500.

86. Prescripción en los seguros de personas

El artículo 541 CCOM dispone las reglas generales sobre prescripción extintiva de las acciones que emanan del contrato de seguro. La norma, como se verá, dispone un régimen general de prescripción para toda clase de seguros, y uno especial para los seguros de vida.

El inciso 1º del artículo 541 CCOM dispone el plazo general de prescripción y la forma de computarlo. Dice: "Las acciones emanadas del contrato

de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva".

Esta norma se encuentra inserta en las reglas aplicables a toda clase de seguro y es resultado del trámite legislativo,[532] pues el texto original contemplaba un plazo de dos años,[533] el que ya se advertía como excesivamente corto en el Primer Informe de la Comisión de la Cámara de Diputados.[534]

86.1. Exigibilidad de la obligación

La norma que regula la prescripción general en el contrato de seguro determina que el plazo debe contabilizarse desde que la obligación que cede a favor del beneficiario se hace exigible.

El hecho de entenderse interrumpida la prescripción con la denuncia del siniestro termina por aclarar que la obligación se hace exigible con el evento del siniestro. En efecto, no es posible interrumpir una prescripción no comenzada, por lo que no cabe duda de que el plazo debe contarse desde el siniestro, más allá de las reglas sobre interrupción y nacimiento de un nuevo plazo del inciso 2º del mismo artículo 541 CCOM.

Lo anterior es muy claro a propósito del seguro de vida, pues el artículo 596 inciso 2º CCOM establece precisamente que "el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él podrá reclamar del asegurador la prestación convenida".

86.2. Caso especial del seguro de vida

El inciso 3º del mismo artículo 541 CCOM, junto con disponer el mismo plazo de prescripción de cuatro años para el seguro de vida, adiciona

---

[532] Concretamente la idea nace en la Comisión de Hacienda del Senado (aunque el senador LAGOS ya había intentado una indicación para aumentarlo a tres años, que luego retiró). Véase *Historia de la Ley*, pp. 399 y 436.

[533] *Historia de la Ley*, p. 10.

[534] *Historia de la Ley*, p. 76. "El plazo puede ser exiguo particularmente cuando existen seguros de vida que ceden a favor de beneficiarios que desconocen su existencia y de mecanismos de ahorro como el APV, debilitando al seguro y los derechos del asegurado frente a otros productos de capitalización".

dos circunstancias muy importantes. La norma dispone: "En el seguro de vida, el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro".[535]

Según se aprecia del texto legal, el beneficiario de un seguro de vida tiene un plazo de cuatro años desde que conoce la existencia de su derecho. El legislador se ha referido en este inciso a todos los seguros de vida, por lo que no es posible limitar esta regla a los seguros de fallecimiento, sino que deben comprenderse los de sobrevivencia y, obviamente, los de muerte accidental.

El beneficiario de un seguro de fallecimiento siempre es un tercero distinto del asegurado. Más aún, este tercero (si no es el contratante) no necesariamente sabe de la existencia del contrato, y es usual que se entere con tardanza de su derecho a la indemnización.[536] Por ello, si bien el legislador ha previsto un plazo que es también de cuatro años, lo ordena computar desde que el beneficiario conoce la existencia del crédito que existe a su favor por el evento del siniestro. Con todo, y por razones de certeza jurídica,[537] este plazo nunca podrá ser superior a los 10 años contados desde la fecha del siniestro.

86.3. Prescripción de las acciones que no emanan del contrato de seguro

Las acciones que no emanan del contrato de seguro, como las de nulidad absoluta, prescriben según las reglas generales. Así, por ejemplo, la acción que nace de la contravención de las disposiciones del artículo 589 CCOM no prescribe al cabo de cuatro años, sino que transcurridos 10 años. La nulidad, asimismo, no puede ratificarse ni se sanea sino al cabo del mismo lapso de tiempo (artículos 1682 y 1683 CC).[538]

---

[535] El texto original contemplaba el cómputo desde que el beneficiario conocía su derecho, pero el máximo no era de 10 años, sino de cuatro. Véase *Historia de la Ley*, pp. 29 y 49. El plazo máximo de 10 años se adiciona en la Comisión de Hacienda del Senado. Véase *Historia de la Ley*, p. 437.

[536] *Historia de la Ley*, p. 76.

[537] El argumento para establecer un máximo fue, sin embargo, "evitar reservas por un plazo indefinido", como aparece de la *Historia de la Ley*, p. 76.

[538] Según se ha tratado *supra* 65.12.

Lo mismo debe decirse de las acciones de nulidad absoluta por incapacidad general y objeto o causa ilícitas.

Respecto de las acciones rescisorias corrientes, como las derivadas de los vicios de la voluntad, deberán seguirse las reglas generales de los artículos 1684 y siguientes CC.

86.4. Interrupción de la prescripción por la denuncia del siniestro

El artículo 541 inciso 2º CCOM dispone que "fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto".[539]

Pese a que la norma debió preferir referirse a la prescripción que corre en contra "del beneficiario" y no "del asegurado", la disposición debe entenderse como un medio de protección a la integridad de los plazos de prescripción. En efecto, resulta muy usual que los procesos de liquidación tarden más que lo permitido en el D.S. Nº 1.055.[540] El tiempo que tome una liquidación sólo perjudica al beneficiario de un seguro, pues, en la práctica, abrevia el plazo de prescripción de su acción de cumplimiento, obligándolo a demandar en un menor tiempo que el requerido legalmente. Así, si un proceso de liquidación toma 180 días y no existiera una norma como la del inciso 2º del artículo 541 CCOM, el plazo de prescripción que corre contra el beneficiario ya no sería de cuatro años, sino de aproximadamente tres años y medio, lo que comporta una carga evidentemente injusta que el beneficiario no está obligado a soportar. El legislador, tomando en consideración que la situación antes relatada era de normal ocurrencia, confirió un efecto de interrupción civil al trámite de la denuncia de siniestro. Terminada la liquidación y pronunciada la decisión final del asegurador de cubrir o no el siniestro, o de cubrirlo sólo parcialmente, el "nuevo" plazo –que será de cuatro años– se comienza a contabilizar íntegramente.

---

[539] Recientemente ha fallado la EXCMA. CORTE SUPREMA, ingreso Nº 13786-2016, en un caso comenzado con anterioridad a la vigencia de la Ley Nº 20.667, que la liquidación interrumpe igualmente el plazo de prescripción.

[540] Sobre los plazos máximos de las liquidaciones, véase *infra* 88.9.

De igual forma, y aun cuando la norma no lo dijera expresamente, la denuncia del siniestro no es la única forma de interrumpir una prescripción de las acciones que emanan del contrato de seguro. El contratante o beneficiario de un seguro pueden interrumpir ya natural, ya civilmente la prescripción, según las reglas generales de los artículos 2518 y 2519 CC.

Finalmente, el artículo 822 inciso 2º CCOM dispone que las prescripciones que establece el Código de Comercio corren contra toda clase de personas, lo que equivale a señalar que no admiten suspensión. Igual regla se extrae del artículo 2524 CC.

86.5. Prohibición de abreviar y disponer de la prescripción

El inciso final del artículo 541 dispone una regla de protección al beneficiario, asegurado o contratante, al señalar que "el plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión…". Se trata de una regla imperativa, que impide al asegurador establecer plazos de caducidad que puedan comportar, en último término, afectar los derechos del beneficiario por la vía contractual.

86.6. Necesidad de alegar la prescripción

Nos parece que, a pesar de la conocida discusión acerca de la necesidad de alegar o no la prescripción extintiva,[541] debe recibir aplicación lo dispuesto en el artículo 2493 CC. Esta norma exige del que quiere aprovecharse de la prescripción la necesidad de alegarla expresamente, sin que pueda el juez declararla de oficio. Según ha fallado la Excma. Corte Suprema, además, la alegación de prescripción debe ser hecha en términos concretos, aplicables al caso del que se trata, y no de manera genérica.[542]

Lo anterior es importante para averiguar qué pasa si un asegurador paga una indemnización una vez transcurrido el plazo de la prescripción, sin que ésta haya sido declarada. En tal caso, la obligación que se paga no es natural

---

[541] Peñailillo, Daniel (2003), *Las obligaciones*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, pp. 162 y ss.

[542] Excma. Corte Suprema, ingreso Nº 2338-2000. Contra en *RDJ*, T. 32, p. 551, citado *ibid*.

de aquellas señaladas en el artículo 1470 Nº 2 CC, sino civil, pues no ha mediado declaración judicial. Opera, más bien, como un caso de renuncia a la prescripción.[543] La importancia de esta cuestión dice relación con la posibilidad de subrogarse o no en los derechos del que recibe el pago en los seguros que contemplan subrogación.[544]

87. Liquidación de siniestros

Si se recurre al inciso 4º del artículo 19 del D.S. Nº 1.055, se obtiene una muy correcta definición del procedimiento de liquidación. Se define como "una sucesión de actos y gestiones vinculados entre sí, realizados [ya internamente por la compañía de seguros o por un auxiliar independiente del comercio del seguro llamado liquidador oficial de seguros], con el fin de emitir un informe técnicamente fundado sobre [la existencia del evento denunciado], la cobertura de riesgo y el monto de indemnización que [eventualmente] correspondiere [pagar al beneficiario] a causa del siniestro denunciado".

El artículo 61 inciso 2º D.F.L. Nº 251 señala, más genéricamente: "La liquidación del siniestro tiene por fin básicamente determinar la ocurrencia del siniestro, si el riesgo está bajo cobertura de una compañía determinada, y el monto de la indemnización a pagar, todo ello de conformidad con el procedimiento que establezca el reglamento".

Las funciones (que más bien son deberes) del liquidador aparecen explicitadas en el artículo 63 del mismo D.F.L. Nº 251, y nos referiremos a ellas un poco más adelante.

La liquidación de siniestros es una actividad regulada, cuya normativa se encuentra principalmente contenida en el D.F.L. Nº 251, en el Decreto Supremo Nº 1.055, sobre auxiliares del comercio de seguros (Tít. III y IV), y en numerosas normas emanadas de la SVS, hoy subrogada por la CMF.

Resulta importante señalar que las compañías de seguros pueden pagar un siniestro sin disponer su liquidación, conforme lo dispone el artículo 19 del D.S. Nº 1.055, que señala: "Denunciado un siniestro y cuantificada la

---

[543] PEÑAILILLO, Daniel (2003), p. 162.

[544] Sobre la subrogación en los seguros de personas, véase *supra* 66.6.

pérdida, la compañía de seguros dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en la póliza respectiva y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación".[545]

87.1. Los liquidadores

La definición de liquidador ha sido entregada a la potestad reglamentaria. El artículo 12 del D.S. Nº 1.055 dispone que "los liquidadores de seguros son personas naturales o jurídicas que, registradas[546] como tales en la Superintendencia, pueden ser contratadas por una compañía de seguros para investigar la ocurrencia de los siniestros y sus circunstancias y determinar si éstos se encuentran o no amparados por la póliza y el monto de la indemnización que corresponda pagar al asegurado o beneficiario, en su caso".

87.2. Liquidación directa y liquidación independiente

El artículo 61 del D.F.L. Nº 251 señala que la liquidación de los siniestros amparados por un seguro podrán practicarla las compañías directamente o

---

[545] En caso de pago de "sumas no disputadas" tampoco es necesaria la liquidación.

[546] Sobre el registro de liquidadores, véase el artículo 62 del D.F.L. Nº 251, que señala: "El registro de liquidadores podrá dividirse por ramos según el tipo de seguros de que se trate y la persona en él inscrita deberá cumplir en todo momento los requisitos exigidos para el o los ramos correspondientes. Para inscribirse como liquidador de seguros se requiere: a) Reunir los requisitos de las letras a) y b) del artículo 58; estar en posesión de la licencia de educación media o estudios equivalentes; acreditar los conocimientos suficientes sobre el comercio de seguros en la forma y periodicidad que disponga la Superintendencia mediante norma de carácter general, y no encontrarse en alguna de las circunstancias señaladas en el artículo 44 bis; b) Constituir una garantía, mediante boleta bancaria o la contratación de una póliza de seguro que determine la Superintendencia por un monto no inferior a la suma más alta entre 500 unidades de fomento o un tercio de los ingresos obtenidos como liquidador en el año inmediatamente anterior, con un máximo de 60.000 unidades de fomento, para responder al asegurado o beneficiario del seguro objeto de la liquidación, del correcto y cabal cumplimiento de todas las obligaciones emanadas de su actividad y, especialmente, de los perjuicios que por ella puedan ocasionarles; c) No ser martillero público, agente de aduanas, corredor de seguros, director, gerente, apoderado o trabajador de alguno de éstos o de una entidad aseguradora o reaseguradora, y d) Tratándose de personas jurídicas, haberse constituido legalmente en Chile con este objeto específico y reunir sus administradores y representantes legales los requisitos exigidos para los demás liquidadores". El artículo 1º del D.S. Nº 1.055 establece, asimismo, que todo liquidador debe inscribirse en el registro de auxiliares del comercio de seguros. El registro tiene su fundamento legal en el artículo 3º letra g) del D.F.L. Nº 251.

encomendarla a un liquidador registrado en la superintendencia, salvo las excepciones legales. Igual disposición aparece en el artículo 20 del D.S. Nº 1.055, que, precisamente, llama liquidación directa a la primera modalidad, y liquidación hecha por un liquidador registrado, a la segunda. Las compañías de seguros de personas suelen liquidar directamente los siniestros que se les presenten o denuncien, lo que no impide que se dé lugar a una liquidación independiente, bien por disponerlo así el asegurador, bien porque el asegurado o beneficiario lo puedan solicitar dentro de los plazos y según las modalidades establecidas.

Si un siniestro fuera liquidado directamente por la compañía aseguradora (liquidación directa), le resultarán aplicables a la compañía las disposiciones establecidas en el Título III del D.S. Nº 1.055, vale decir, las normas sobre imparcialidad, los deberes, obligaciones y funciones. Evidentemente que las reglas sobre autonomía y obligación de sujetarse a criterios técnicos contemplados en el artículo 62 del D.F.L. Nº 251 son también aplicables en caso de liquidación directa. Adicionalmente, la NCG Nº 420 (I.1.5) señala que es "responsabilidad de las aseguradoras establecer un procedimiento de liquidación de los siniestros que sea transparente de cara al cliente, adecuadamente informado en todas sus etapas…", debiendo entenderse que son contrarias a ese principio las "prácticas que tiendan a evitar o dilatar el cumplimiento de las obligaciones del seguro, fundadas en aspectos de forma o en requerimientos excesivos de información que no fueran sustanciales para la evaluación de siniestro, evitando el desincentivo de los derechos de los asegurados".

El artículo 21 del D.S. Nº 1.055 establece el derecho de todo asegurado (o beneficiario) para solicitar que el procedimiento sea practicado por un liquidador independiente. Como se señaló, el asegurador igualmente puede designar a un liquidador independiente sin esperar que el asegurado o el beneficiario hagan uso del derecho a oponerse a la liquidación directa.

Si de hecho hubiera oposición a la liquidación directa, y ésta fuere oportuna, vale decir, si se hiciera dentro de los cinco días hábiles[547] subsiguientes a la comunicación en que se notifica la designación de un liquidador, la

[547] Los plazos de días señalados en el D.S. Nº 1.055 son, según su artículo 29, plazos de días hábiles, salvo que se establezca lo contrario.

compañía de seguros deberá elegir y designar a un nuevo liquidador registrado ante la autoridad dentro del plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

87.3. Naturaleza jurídica del liquidador

Si bien la liquidación independiente no es la regla general en los seguros de personas, hemos visto que la ley consagra el derecho a solicitar liquidación independiente como una facultad soberana del asegurado o del beneficiario, en su caso. En nuestro país, el liquidador o ajustador independiente califica legalmente como un tercero imparcial respecto de las partes y sujetos del contrato, cuya misión principal es, en último término, interpretar el contrato de seguros con la finalidad de emitir un informe técnico, señalando si procedería o no la cobertura y la indemnización correspondiente.

Aun cuando se hacen aplicable a la compañía aseguradora los principios y prohibiciones del Título III del D.S. Nº 1.055, resulta complejo equiparar, en la práctica, los estándares de independencia e imparcialidad de ambas clases de liquidadores. Sin embargo, es necesario señalar que las compañías arriesgan directamente su responsabilidad en los casos en que los procesos de liquidación internos no cumplan con los estándares legales y reglamentarios de imparcialidad, ajuste a criterios técnicos, conducta de mercado, y los relativos a las prohibiciones.

Por ello, no debe llamar la atención que el D.F.L. Nº 251 no haga diferencias a la hora de juzgar la independencia e imparcialidad de toda clase de liquidadores, directos o independientes. En tal sentido, el artículo 61 de dicho cuerpo normativo precisamente establece que los liquidadores (todos), "en el ejercicio de sus funciones, y sin perjuicio de sus obligaciones legales y reglamentarias, deberán guardar la debida independencia y autonomía en su cometido, garantizando la imparcialidad y objetividad del proceso de liquidación, y velar porque sus opiniones se emitan con estricta sujeción a criterios técnicos". A su turno, el D.S. Nº 1.055 contempla una serie de obligaciones y prohibiciones para garantizar esta imparcialidad.

87.4. Deberes de los todos los liquidadores

El artículo 63 del D.F.L. Nº 251 señala los deberes básicos de todos los liquidadores de seguros, sea que la liquidación se haga directamente por

la compañía, o sea que se practique por liquidador independiente. Dispone la norma:

> *"Son obligaciones de los liquidadores: a) Investigar las circunstancias del siniestro para determinar si el riesgo asegurado gozaba de la cobertura contratada en la póliza; b) Determinar el valor del objeto asegurado a la época del siniestro, el monto de los perjuicios y la suma que corresponde indemnizar, informando fundadamente al asegurador y al asegurado la procedencia o rechazo de la indemnización; c) Proponer a las partes las medidas urgentes que se deban adoptar para evitar que se aumenten los daños y llevarlas a cabo previa autorización escrita del propietario o responsable de los bienes siniestrados, sin perjuicio de las obligaciones del asegurado, y d) Las demás que establezca el reglamento".*

En cumplimiento al mandato legal, el artículo 13 del D.S. Nº 1.055 establece una larga lista de deberes de los liquidadores de seguros que, a estos efectos, denomina "obligaciones de los liquidadores de seguros". En lo exclusivamente relevante para los seguros de personas, estas obligaciones son:

1. *Deber de investigación*: El Reglamento repite la primera de las obligaciones legales del liquidador, que consiste en el deber de "investigar las circunstancias del siniestro para determinar si el riesgo asegurado gozaba de la cobertura contratada en la póliza" (artículo 13 Nº 1 del D.S. Nº 1.055). Para el cumplimiento de esta obligación, además de los medios propios con que el liquidador contará para llevar adelante la investigación, el inciso tercero del artículo 61 D.F.L. Nº 251 dispone que los liquidadores que deban informar un siniestro podrán solicitar que el Ministerio Público o las autoridades administrativas que por su cargo tengan antecedentes relacionados con ese hecho les faciliten su conocimiento o les otorguen su certificación sobre los puntos necesarios para su liquidación. Igual facultad tendrán los apoderados de las compañías encargados de hacer la respectiva liquidación, cuando no se la hayan encomendado a un liquidador de siniestros.

2. *Deber de determinación del verdadero objeto asegurado a la época del siniestro, el monto de los perjuicios y la suma que corresponde indemnizar*: Como se ve, el Reglamento repite (aunque más explícitamente) el segundo deber legal de todo liquidador. Los liquidadores están obligados a determinar el verdadero valor del objeto asegurado a la época del siniestro.

Esta obligación es difícilmente aplicable a los seguros de personas.[548] Sin embargo, este número también contempla el deber de investigar el "monto de los perjuicios", lo que, en los seguros de salud o accidentes de coberturas patrimoniales, por ejemplo, se obtiene mediante la entrega que hace el asegurado de los documentos originales en que consten las prestaciones médicas o los medicamentos. Finalmente, el liquidador debe determinar la suma que corresponde indemnizar, lo que en los seguros de personas variará dependiendo de la naturaleza de la cobertura.

3. *Deber de inspección*: En los seguros de personas, el liquidador deberá recoger la información atingente al siniestro para formarse un acabado conocimiento de los hechos y de sus consecuencias, para lo que deberá requerir los informes técnicos de especialistas según la naturaleza del riesgo cubierto. En los seguros de salud, por ejemplo, se suelen requerir informes médicos y pericias para determinar la efectividad de la denuncia. En los seguros de accidentes y de muerte accidental, es posible solicitar informes técnicos de manera de acreditar la efectiva ocurrencia de un accidente sujeto a cobertura, de un suicidio, etcétera.

4. *Deberes de información*: Este deber puede analizarse desde dos puntos de vista. En primer lugar, el liquidador tiene un deber de información a las partes. En segundo lugar, tiene un deber de información a la CMF, que es su órgano fiscalizador. En cuanto a la información que debe suministrarse a las partes, el liquidador debe informar fundadamente al asegurado (o beneficiario) y al asegurador la procedencia o rechazo de la indemnización. Además, debe informarles sobre la posibilidad de perseguir la responsabilidad de terceros para proceder a los recuperos legales por los perjuicios

[548] Respecto al verdadero valor del objeto asegurado a la época del siniestro, es fundamental tener a la vista el artículo 554 del Código de Comercio, al señalar que "En los seguros reales el valor de las cosas aseguradas puede ser establecido mediante una estimación expresamente pactada al momento de celebrarse el contrato. No constituye valoración convenida la sola enunciación de la suma asegurada, ni la declaración relativa al valor de los bienes hecha unilateralmente por el asegurado en la propuesta o en otros documentos. Existiendo valoración pactada, la determinación del daño indemnizable se hará a partir de tal valor, no teniendo aplicación el artículo 552. El valor pactado sólo podrá ser impugnado por las partes cuando la estipulación adolezca de un vicio del consentimiento. Establecida la procedencia de la impugnación, la suma asegurada y la prima serán reducidas hasta concurrencia del verdadero valor de la cosa asegurada".

sufridos a consecuencia del siniestro, lo que en los seguros de personas sólo podría presentarse en caso de seguros que cubran coberturas patrimoniales determinadas en el artículo 601 CCOM.[549] Por último, el liquidador debe dar cuenta a las partes de las dificultades que encuentre en el cometido de su gestión que le impidan cumplir su función.

Respecto de su autoridad fiscalizadora, los liquidadores deben informarle las anormalidades que detecten en el desempeño de su cometido y que pudieren afectar la responsabilidad de los fiscalizados por esta institución. Asimismo, deberán mantener una importante cantidad de información disponible para el fiscalizador, como registros y carpetas, a su solo requerimiento.

5. *Obligaciones de interés general y de las partes*: El liquidador debe tener un domicilio conocido para atender a los interesados en días y horarios normales de trabajo, en forma personal o a través de dependientes. También está obligado a disponer de mecanismos adecuados que permitan al asegurado o sus beneficiarios consultar el estado de avance de las liquidaciones por medios distintos al del domicilio, tales como atención telefónica o sitios web. Para ello el liquidador debe permitir un acceso fácil y expedito del asegurado o sus beneficiarios a la información relativa al estado del siniestro, gestiones realizadas y pendientes, privilegiando la existencia de mecanismos electrónicos o telefónicos que lo permitan. Una vez emitido el informe respectivo, el asegurado y la compañía, cuando no se trate de liquidación directa, tendrán derecho al conocimiento de los antecedentes de la liquidación del siniestro. Finalmente, los liquidadores deben mantener actualizado un registro de denuncias y liquidaciones de siniestros en la forma señalada en el artículo 16 del Reglamento, y planes de contingencia adecuados para enfrentar siniestros de carácter masivo o catastrófico, si corresponde.

87.5. Prohibiciones a los liquidadores

Con la finalidad de garantizar la independencia e imparcialidad de los liquidadores, el artículo 64 D.F.L. Nº 251 dispone que a los liquidadores les queda prohibido:

---

[549] Para el problema de la subrogación en los seguros de personas, véase *supra* 66.6.

a) Practicar liquidaciones en las cuales tengan interés en razón de parentesco o de su relación con las personas afectadas o con la propiedad de los bienes siniestrados, de acuerdo al reglamento. El Reglamento, a su turno, prohíbe al ajustador practicar liquidaciones que afecten a su cónyuge o a sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, del liquidador persona natural o de los administradores o representantes legales de las personas jurídicas.

b) Prestar servicios o asumir con las compañías responsabilidades distintas a las señaladas en esta ley y el reglamento, y percibir directa o indirectamente beneficios económicos del asegurador, del asegurado o de terceros, distintos de sus honorarios profesionales y retener para sí o adjudicar a personas relacionadas los bienes o productos del recupero que hubieren practicado.

c) Atender reclamaciones de siniestros en que el liquidador tuviere un interés actual, directo o indirecto.

d) Asumir el liquidador persona natural, los administradores, representantes legales, apoderados o sus empleados, la representación judicial de las compañías, en juicios seguidos por los asegurados en su contra.

87.6. Grado de diligencia exigido en las actuaciones de los liquidadores

Según dispone el artículo 19 inciso final del D.S. Nº 1.055, los liquidadores realizarán las liquidaciones de siniestros que les encomienden las compañías de seguros, debiendo emplear en el ejercicio de sus funciones el cuidado que los hombres emplean ordinariamente en sus negocios propios. La norma parece estar redactada para los liquidadores independientes, pero ello tiene poca importancia, pues el inciso final del artículo 63 del D.F.L. Nº 251 dispone, sin hacer distinciones, que "en el cumplimiento de sus obligaciones los liquidadores responderán hasta de la culpa leve".[550] El

[550] Resulta interesante verificar que el artículo 32 del Reglamento establece una serie de deberes que pueden perfilar la conducta y responsabilidad del liquidador, particularmente al momento de apreciar el grado de negligencia o culpa.

estándar de culpa, en este caso, es aplicable a la compañía directamente, pues es ésta la que responde por las liquidaciones internas.

88. La denuncia del siniestro

Dispone el artículo 524 Nº 7 CCOM como obligación del asegurado: "Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro". Aun cuando la referencia legal es al asegurado, resulta evidente que la denuncia de siniestros es una obligación del contratante, del asegurado o del beneficiario, dependiendo del caso.

El Código de Comercio no señala la forma precisa en que debe hacerse la denuncia de un siniestro.[551] Normalmente, las pólizas contemplan las modalidades para denunciar un siniestro, recurriendo a los medios de comunicación fijados por las partes en la misma póliza conforme lo determina la NCG Nº 349.

El artículo 18 del D.S. Nº 1.055 establece reglas tendientes a que las compañías no entorpezcan la denuncia del siniestro. Dispone: "Las compañías aseguradoras deberán facilitar mecanismos para realizar denuncias de siniestros, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción de la denuncia al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquéllos, su individualización mediante códigos de verificación, u otros. No obstará a la denuncia del siniestro la omisión de uno o más de los antecedentes requeridos por la compañía de seguros para estos efectos, sin perjuicio que puedan ser solicitados con posterioridad". Respecto al formulario de denuncia de siniestros, se dispone que deberá estar redactado utilizando un lenguaje simple que facilite la comprensión por parte del asegurado o sus beneficiarios.

[551] En caso de pluralidad de seguros, en la ley sí existe una condición especial en el artículo 556 inciso 3º CCOM. "Al denunciar el siniestro, el asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran".

Asimismo, cada siniestro denunciado deberá anotarse en el registro de denuncias y liquidaciones de seguros.

88.1. Naturaleza de la denuncia del siniestro en los seguros de personas. Impulso del denuncio y caducidad

La denuncia del siniestro se manifiesta legalmente como una obligación del asegurado en el artículo 524 Nº 7 CCOM, que dispone que éste (o el tomador) deben "notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro". La ley, con todo, no contempla una sanción a la falta de denuncia de un siniestro y el asunto suele ser dejado al texto de las condiciones generales de las pólizas.

En general, se ha entendido que la omisión del deber de notificar deviene, dependiendo de las circunstancias, en la caducidad de la obligación de indemnizar.[552] Lo anterior tropieza con importantes complejidades jurídicas, particularmente si la caducidad de la obligación de indemnizar se confronta con la prescripción de las acciones que benefician al acreedor de la indemnización, que, como se sabe, es de cuatro años contados desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva (artículo 541 CCOM) en los seguros que no son de vida, y desde que se conoce la existencia del derecho, en este último, aunque nunca pudiendo exceder de 10 años (artículo 541 inciso 3º CCOM).

Más que una obligación de parte (que es la forma en que está jurídicamente perfilada en el artículo 524 CCOM), la denuncia del siniestro es una carga que pesa sobre alguno de los sujetos del contrato, vale decir, tomador, asegurado o beneficiario, dependiendo del tipo de seguro de personas del que se trate. Normalmente, es interesado en denunciar el beneficiario,

---

[552] La SVS ha dispuesto (aunque para efectos particulares) en el Oficio Nº 4.745, de 26 de febrero de 2013: "La obligación de denunciar el siniestro dentro de determinado plazo supone que el contratante haya tenido conocimiento de la ocurrencia del hecho, puesto que de lo contrario se encontraría materialmente impedido de cumplir con la carga referida. Observado lo anterior, es dable destacar que las cláusulas de caducidad deben ser consideradas teniendo en cuenta las posibilidades normales de cumplimiento, ya que si escapan a las mismas aquéllas devienen en condiciones imposibles, que carecen consiguientemente de valor".

calidad que, como se ha revisado, suele coincidir con la de asegurado en los seguros de accidentes, de salud y de sobrevivencia. Si las calidades no coinciden, la carga de denunciar puede ser cumplida por cualquiera que tenga la calidad de asegurado, tomador o beneficiario, lo que obviamente no significa que el siniestro será pagado al denunciante.

Sobresale por su importancia el caso del seguro de fallecimiento, en que la denuncia del siniestro ha sido fuertemente regulada por la NCG Nº 387, de 22 de junio de 2015 (que, entre otras cosas, agrega un Anexo 6 a la NCG Nº 306, referida a las reservas técnicas). Por medio de esta NCG, la entonces denominada SVS ha instruido a las compañías de seguro que cubran riesgos de fallecimiento que, al menos una vez al año, consulten al Registro Civil con el fin de detectar asegurados fallecidos cuyo siniestro no haya sido denunciado y que no se encuentren prescritos.[553] Como se aprecia, para evitar enriquecimientos sin causa y con el objeto de fomentar el cumplimiento de los contratos, si bien el regulador no ha invertido la carga de denuncia del siniestro de fallecimiento, ha procurado forzar a las aseguradoras a un grado máximo de trasparencia para informar a los beneficiarios designados en la póliza o instituidos por ley.[554]

De esta manera, y aunque se trata de una norma relativa a las reservas técnicas, lo interesante es que la NCG Nº 387 ordena a las compañías a que realicen todas las gestiones necesarias y razonables que estén a su alcance para notificar a los beneficiarios, de modo que éstos tomen conocimiento de

[553] La mencionada consulta deberá realizarse al menos una vez al año e incluirá a los asegurados de todas las pólizas vigentes y no vigentes al 31 de diciembre del año anterior.

[554] La NCG Nº 387 agrega que, si como consecuencia de esta consulta (o por cualquier otro medio que no sea una denuncia) se detectan asegurados fallecidos con cobertura, la compañía deberá registrar la fecha de ocurrencia del siniestro y su fecha de detección, procediéndose a la constitución de la reserva técnica indicada en el Nº 4 del Título III de la NCG Nº 306. Una vez ingresada la denuncia formal por algún beneficiario declarado, se deberá registrar la fecha de denuncia respectiva (…). Se entiende que la compañía toma conocimiento por otro medio del fallecimiento del asegurado, entre otras fuentes, cuando recibe una consulta del Sistema de Información de Consultas de Seguros (SICS) efectuada por un familiar o beneficiario de un asegurado fallecido, cuando le son reclamados otros seguros que tienen por origen el fallecimiento del asegurado (cobro de cuota mortuoria o solicitud de pensión de sobrevivencia, por ejemplo) o cuando una AFP consulta por los depósitos convenidos de un afiliado fallecido.

la existencia de seguros comprometidos y puedan ejercer oportunamente los derechos que les asisten. Entre tales gestiones se encuentra la de efectuar una publicación anual de una lista con los casos detectados, detallando el nombre y RUT de los beneficiarios designados por el asegurado fallecido, señalando los seguros con cobertura de fallecimiento en que han sido designados. La publicación debe hacerse en un diario en soporte físico o digital de circulación nacional.

Para dar solución al problema que presentan las pólizas sin beneficiarios designados, el regulador resolvió que la publicación debía contener en tal caso el nombre y RUT del asegurado de fallecimiento. La compañía, además, debe publicar la lista en un lugar destacado de su sitio web. Esta publicación deberá ir acompañada del procedimiento para que las personas puedan realizar las averiguaciones respectivas en la compañía y cada caso deberá mantenerse mientras no sea denunciado formalmente el siniestro o, en su defecto, mientras corresponda mantener la reserva técnica.

En el caso del seguro de salud, la Circular Nº 1.935, de 5 de agosto de 2009, establece que el plazo de aviso de siniestro se contará "desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina".

88.2. Efectos de la denuncia del siniestro

La denuncia del siniestro produce varios efectos, entre los que sobresalen la interrupción de la prescripción y el comienzo del plazo para emitir el informe de liquidación.[555]

1) *Interrupción de la prescripción*: El artículo 541 inciso 2º CCOM dispone: "Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto".[556]

---

[555] Tiene otros efectos, como marcar la fecha para comenzar a computar el plazo para designar liquidador, entre otros menos relevantes.

[556] Sobre esto, véase *supra* 86.4.

2) *Plazo para emitir el informe*: El plazo señalado en el artículo 23 del D.S. Nº 1.055 se cuenta, como veremos en su oportunidad, desde la denuncia del siniestro, y no desde la recepción de los antecedentes por el liquidador, lo que supone abreviar inconvenientemente los plazos allí señalados.

88.3. Principio de celeridad y economía procedimental de la liquidación

El artículo 19 inciso 5º letra a) del D.S. Nº 1.055 le exige al liquidador el deber de impulsar la liquidación y de realizar las diligencias que fueren conducentes para la emisión, dentro del menor tiempo posible, del informe de liquidación según la naturaleza de la cobertura. En liquidador no debe incurrir en trámites dilatorios o requerimientos superfluos de antecedentes, tales como solicitudes de antecedentes al asegurado que ya se hubiesen presentado. Resulta interesante que la NCG Nº 420 haya abordado expresamente esta materia, disponiendo como una regla de Conducta de Mercado exigible a los aseguradores disponer de liquidaciones "de cara al cliente", evitando toda clase de prácticas dilatorias. Entendemos que estas últimas reglas están dirigidas a las liquidaciones internas.

Una manifestación clara de este principio puede observarse en los plazos que impone el Reglamento. A modo ejemplo, el artículo 23 del D.S. 1.055 señala que el liquidador registrado y la compañía aseguradora (en el caso en que practique la liquidación del siniestro en forma directa) deberán emitir dentro del más breve plazo el informe de liquidación, no pudiendo exceder, en todos los seguros de personas que no sean de accidentes personales[557], de 45 días corridos contados desde la fecha del denuncio del siniestro.

88.4. Principio de objetividad y carácter técnico

El artículo 19 inciso 4º letra b) del D.S. Nº 1.055 dispone que la actuación del liquidador deberá mantener objetividad y velar por que el informe se

[557] En el caso de siniestros de seguro obligatorio contra accidentes personales de la Ley Nº 18.490, en ningún caso la liquidación puede dilatar el pago de la indemnización respectiva más allá del plazo establecido en el artículo 30, contado desde la recepción de todos los antecedentes necesarios para ello, salvo que el pago no proceda en conformidad a las normas legales y contractuales que rigen el seguro.

emita con estricta sujeción a criterios técnicos. El informe de liquidación deberá abarcar los hechos y consideraciones relevantes invocadas por los asegurados y compañía de seguros en relación con el siniestro. Este principio es consecuencia del mandato legal contenido en el artículo 61 inciso final del D.F.L. Nº 251, que establece que "los liquidadores, en ejercicio de sus funciones, y sin perjuicio de sus obligaciones legales y reglamentarias, deberán guardar la debida independencia y autonomía en su cometido, garantizando la imparcialidad y objetividad del proceso de liquidación, y velar por que sus opiniones se emitan con estricta sujeción a criterios técnicos".

Una clara manifestación de la preocupación por el cumplimiento de este principio puede observarse en la normativa que emite la CMF sobre las capacitaciones y pruebas a las que deben someterse los liquidadores de seguros, además de la necesidad de acreditar conocimientos sobre el comercio de seguros de fuente legal (artículo 61 inciso 2º D.F.L. Nº 251).

88.5. Principio de transparencia y acceso

Por último, la letra c) del artículo 19 inciso 5º del D.S. Nº 1.055 señala que las partes interesadas tienen derecho en cualquier momento, durante el procedimiento de liquidación, a tomar conocimiento del estado de la liquidación. Sobre este punto, y como se ha visto anteriormente, el liquidador está obligado a cumplir una serie de deberes de información, además de mantener una serie de registros que sean de fácil acceso para los interesados. Reglas similares aparecen en la NCG Nº 420, sobre Conducta de Mercado.

88.6. El preinforme de liquidación

El preinforme de liquidación es un documento que tiene un carácter eventual, ya que procede cuando en el proceso de liquidación surjan problemas y diferencias de criterios acerca de sus causas, evaluación de los riesgos o extensión de la cobertura. En estos casos, el liquidador, de oficio o a petición del asegurado, podrá emitir un preinforme de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá poner simultáneamente en conocimiento de los interesados.

Tanto el asegurado (o el beneficiario, se entiende) como la compañía pueden hacer observaciones por escrito al preinforme, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde su conocimiento, conforme lo regula y determina el artículo 24 del D.S. Nº 1.055.

88.7. El informe de liquidación

El informe de liquidación es aquella acta o documento en virtud del cual se materializa la liquidación del siniestro. Según el artículo 25 del D.S. Nº 1.055, una vez emitido dicho informe, debe remitirse al asegurado (o al beneficiario), y simultáneamente al asegurador, cuando corresponda.

88.8. Contenido mínimo del informe de liquidación

El artículo 28 del D.S. Nº 1.055 establece que los informes de liquidación deberán contener, a lo menos, la siguiente información:

1. *Individualización de la liquidación correspondiente, conforme a su registro*. Para dar cumplimiento a este requerimiento, los informes tienen un número correlativo que los identifica y, además, indican el número de siniestro asignado por la compañía.

2. *Individualización de los contratantes y beneficiarios del seguro e intermediarios del mismo, en su caso*. El liquidador debe verificar la procedencia del pago además de la cobertura, por lo que debe tener especial cuidado en identificar a los sujetos del contrato de seguro, de manera de analizar su titularidad e interés. En este aspecto, se aprecia con nitidez la labor interpretativa del contrato de seguro que la ley asigna al liquidador.

3. *Individualización de la póliza y de sus principales menciones y características*. El cumplimiento de este requerimiento se satisface con la indicación del número de la póliza, el que es asignado por la compañía.

4. *Relación del siniestro y determinación de los daños*. Esta parte del informe de liquidación es el resultado de la investigación del siniestro, conforme a las facultades legales y reglamentarias. Luego de la relación del siniestro, el liquidador debe ajustar los daños, haya o no cobertura. Tal es la razón por la que los informes tienen un "ajuste teórico de los daños",

aunque posteriormente se recomiende y concluya no pagarlos por falta de cobertura u otra razón fundada.

5. *Opinión técnica fundada sobre la procedencia de cada cobertura y determinación de la pérdida y de la indemnización si procede, señalando el valor real del bien siniestrado y explicando el procedimiento, como así también los criterios y parámetros específicos empleados. Esta opinión deberá efectuarse en términos claros y simples, que permitan una adecuada comprensión por parte del asegurado, considerando para ello el tipo de cobertura contratada y la naturaleza del siniestro objeto de la liquidación. Asimismo, y en caso de no corresponder pago, el informe de liquidación deberá contener una opinión clara y precisa respecto del monto rechazado, individualizando cada tipo de cobertura rechazada y su justificación*. Esta parte del informe refleja las conclusiones del liquidador con sujeción a criterios técnicos. Comprende, asimismo, el deber de averiguar el verdadero valor de las cosas siniestradas (en los seguros de daños). Sobresale, por su importancia, el deber de claridad exigido a esta parte del informe, pues, a pesar de los criterios técnicos, se obliga al liquidador a explicarlos en lenguaje claro. Esta parte del informe de liquidación equivale a una verdadera interpretación del contrato de seguro.

6. *Constancia de las gestiones realizadas y transcripción de los informes técnicos requeridos o considerados en la liquidación*. Este requerimiento es consecuencia de la obligación de transparencia exigida a todo liquidador.

7. *Indicación de la existencia de recupero y salvatajes que procedieren con estimación de su valor*. Este requerimiento es de dudosa aplicación a los seguros de personas, como se ha explicado más arriba.

8. *Transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento*. Se trata de las normas que contemplan el procedimiento de impugnación del informe de liquidación, las que deberán ser transcritas íntegramente en todos los informes que se emitan.

88.9. Plazo para emitir el informe de liquidación

Según dispone el artículo 23 del D.S. Nº 1.055, y en consonancia con el principio de celeridad y economía procedimental del artículo 19 del mismo Reglamento, el liquidador registrado y la compañía aseguradora,

en su caso, deben emitir el informe de liquidación en el más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos[558] contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

La limitación a 45 días no es absoluta, pues, si las circunstancias lo hicieren necesario, y sólo excepcionalmente, los plazos podrán prorrogarse sucesivamente por igual período de 45 días corridos, siempre y cuando se informen los motivos que fundamentan la prórroga y se indiquen las gestiones concretas y específicas que, en cada caso objeto de la prórroga, se realizarán para dar curso a la liquidación. Un caso en que se investigue un suicidio o la efectividad de una muerte accidental son ejemplos en que típicamente se puede requerir de una prórroga.[559] En los seguros de personas (salvo el SOAP de la Ley Nº 18.490) no se aplicarán las excepciones que permiten exceder de dichos plazos.

Finalmente, el artículo 31 D.S. Nº 1.055 dispone que, en el caso de eventos calificados como situación de catástrofe conforme a la Ley Nº 16.282, o eventos que, por su naturaleza, afecten a un número significativo de personas y bienes asegurados, la superintendencia podrá establecer plazos especiales de liquidación superiores a los aplicables conforme al artículo 23, pero no superiores a 180 días, por tipo de siniestro, cartera siniestrada, zona geográfica u otras modalidades que ésta defina, e instruir acerca de los medios de comunicación e información que deban estar disponibles para que compañías de seguros, corredores, liquidadores y asegurados puedan contactarse fluidamente.

88.10. La impugnación del informe de liquidación

Pese a la profesionalidad con que deben confeccionarse las liquidaciones, los sujetos intervinientes pueden no compartir sus conclusiones. Esto sucederá si, por ejemplo, un beneficiario de un seguro no recibe la cober-

---

[558] Esta norma hace excepción a la regla del artículo 29 D.S. Nº 1.055, que dispone que los días deben reputarse hábiles.

[559] Para que proceda esta prórroga deberá anotarse en el registro de denuncias y liquidaciones de siniestro y comunicarse por los medios definidos en el artículo 30 del reglamento tanto al asegurado como a la superintendencia, la que podrá dejar sin efecto la ampliación por causas calificadas por el servicio, y fijar un plazo para entregar el informe de liquidación.

tura que pensaba tener. Lo mismo puede suceder si una compañía recibe la recomendación de pagar un siniestro, en circunstancias en que tiene el convencimiento de que no hay cobertura o de que la cobertura es menor. Puede suceder también que los intervinientes no estén de acuerdo en la forma de ajustar el siniestro, en la aplicación de un deducible, franquicia, o simplemente en la interpretación de una o más cláusulas.

Una vez recibido el informe de un liquidador registrado, la compañía de seguros y el asegurado (o el beneficiario) disponen de 10 días hábiles para impugnarlo. Si la liquidación fue practicada directamente por la compañía aseguradora, el derecho a impugnar, por razones evidentes, sólo le asiste al asegurado o al beneficiario (artículo 26 D.S. Nº 1.055). La compañía tampoco puede eximirse de pagar la indemnización si la liquidación fue directamente llevada a efecto por ella y se recomendó pagar íntegramente el siniestro.

Si el informe es impugnado, el liquidador independiente o la compañía aseguradora, en su caso, deberán dar respuesta dentro del plazo máximo de seis días hábiles contados desde su recepción. La respuesta a las impugnaciones se remitirá al asegurado (o beneficiario) y al asegurador en forma simultánea.

88.11. Comunicaciones y respaldo de la documentación

El artículo 30 del Reglamento señala que todas las notificaciones y comunicaciones que se realicen al asegurado o al beneficiario, en su caso, deberán efectuarse a su dirección de correo electrónico, indicada en la denuncia de siniestro, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio, señalado en la denuncia de siniestro o, en su defecto, a aquel registrado en la póliza de seguros respectiva y que permita comprobar su despacho.

El inciso segundo de la misma norma establece que las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

En cuanto a la forma de notificación y a la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, ésta deberá ser comunicada a través del formulario de denuncia de siniestro, o por cualquier otro medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurador.

De la misma forma en que se realicen las notificaciones al asegurado podrán efectuarse las comunicaciones dirigidas a la compañía de seguros o al liquidador.

88.12. Notificaciones en los seguros de fallecimiento

La naturaleza propia del seguro de fallecimiento supone precisamente la muerte del asegurado, por lo que el D.S. Nº 1.055 dispone que la información deberá entregarse a sus beneficiarios, a quienes, además, deberán efectuarse todas las comunicaciones que se prevén en el Reglamento respecto del asegurado. Los beneficiarios podrán ejercer todos los derechos que se establecen a favor del asegurado.

88.13. Conclusión del proceso de liquidación

Como se ha explicado anteriormente, el proceso de liquidación concluye con la emisión del informe y su debida aceptación, o una vez caducado el plazo de impugnación de éste.

El efecto de la conclusión del informe dice estrecha relación con la finalidad u objeto del proceso de liquidación y, lo más importante, hace comenzar a correr el plazo para que la compañía aseguradora realice el pago de la indemnización en caso de que ésta procediere.

88.14. Sanciones

El último artículo del Título V del D.S. Nº 1.055 señala que las sanciones que se apliquen a las entidades aseguradoras o a los corredores o liquidadores de siniestros que no den cumplimiento a las disposiciones de dicho Reglamento, serán las establecidas en el D.F.L. Nº 251 de 1931 y en el D.L. Nº 3.538 y, hoy en día, en la Ley Nº 21.000.

Capítulo III
Seguros de personas en particular

89. El seguro de vida

En general se entiende por seguro de vida aquel que tiene por objeto cubrir los riesgos relativos a la duración de la vida, hecho físico del cual dependerá la exigibilidad del valor acordado en el contrato.[560]

El Título VIII del Libro II del Código de Comercio de Ocampo, vigente hasta el 30 de noviembre de 2013, contenía un tratamiento del seguro de vida casi inédito en los códigos contemporáneos. En su versión original, la codificación relativa a los seguros de vida en Chile estuvo inspirada en las doctrinas de Alazuet, Pardessus y Goujet, pero muy especialmente en el Proyecto Holandés o *Wetboek van Koophandel* de 1838, al que Ocampo tuvo acceso por vía indirecta, como hemos revisado en el capítulo introductorio.[561]

La ley chilena actualmente vigente define seguro de vida en el artículo 588 inciso 2º CCOM. A esos efectos dispone: "Por el seguro de vida el asegurador se obliga, conforme a la modalidad y límites establecidos en el contrato, a pagar una suma de dinero al contratante o a los beneficiarios, si el asegurado muere o sobrevive a la fecha estipulada".

Según se extrae de la propia definición del artículo 588 inciso 2º CCOM, los seguros de vida pueden ser contratados para el caso en que el asegurado

---

[560] Dupuich, Paul (1922), p. 37.

[561] Véase *supra* 4.

muera durante la vigencia del contrato, y en tal caso se trata de un seguro de fallecimiento, o para el caso en que el asegurado sobreviva a una fecha estipulada, en el que se llama seguro de sobrevivencia. Existe, por cierto, una modalidad mixta. En general, pertenecen al grupo de los seguros de vida todas las formas en que la prestación del asegurador depende de la duración de la vida humana,[562] sea que el riesgo consista en la prolongación de ésta o en el fin de la existencia.

El actual Código de Comercio, además de la referencia en la definición, trata de los diversos tipos de seguro de vida a propósito del interés asegurable en los seguros de personas. Señala el artículo 589 inciso 1º: "El seguro de vida puede estipularse (…) tanto para el caso de muerte como para el de sobrevivencia o ambos conjuntamente" .[563] El original de Ocampo trataba de esta división exclusivamente a propósito del riesgo. Señalaba: "El riesgo que el asegurador toma sobre sí puede ser el de muerte del asegurado dentro de determinado tiempo o con ciertas circunstancias previstas por las partes, o el de la prolongación de la vida más allá de la época fijada por la convención" (antiguo artículo 572 CCOM), lo que parecía bastante más razonable.

89.1. Seguros para el caso de muerte o fallecimiento

Son seguros para el caso de fallecimiento aquellos en los que la obligación del asegurador de pagar la prestación debida (un capital, una renta o ambos) está subordinada a la condición de que la muerte del asegurado ocurra durante la vigencia del contrato de seguro.[564] Si bien la muerte es un hecho cierto, y por ello un plazo de aquellos llamados por el artículo 1081 inciso 2º CC "plazos ciertos pero indeterminados", el riesgo de "morir durante la vigencia del contrato" es un evento condicional, aleatorio y, por ello, se trata de una circunstancia perfectamente asegurable.

---

[562] TORRENTE, Andrea (2007), *Manuale di Diritto Privato*, 18ª Ed., Milano, Giuffré, p. 728.

[563] En esta terminología, el legislador chileno sigue al pie de la letra el texto del artículo 83 inciso 1º LCS española, que a diferencia del artículo 589 CCOM no se refiere al interés asegurable, sino al concepto de seguro de vida.

[564] DUPUICH, Paul (1922), p. 44.

La aleatoriedad de esta clase de aseguramiento admite grados asociados a la duración del contrato. Así, el riesgo de morir exclusivamente durante un período prefijado (por ejemplo, dentro de los siguientes cinco años) no es igual al riesgo de morir antes de cumplir los 90 años de edad.

Las consecuencias de la forma en que es delimitado el riesgo de muerte pueden apreciarse con bastante claridad en que los seguros para el caso de fallecimiento pueden dividirse, en lo que a su duración se refiere, en seguros temporales y de vida entera.[565]

89.2. Pluralidad de seguros de vida

A diferencia de lo que ocurre en los seguros de daños, que en esta materia se encuentran limitados principalmente por el principio de indemnización del artículo 550 CCOM y por el artículo 556 CCOM, entre otras normas, no existe ninguna prohibición ni regulación especial para la pluralidad de seguros de vida en ninguna de sus modalidades.

De esta manera, es posible que una persona pueda tomar sobre su cabeza (o la de un tercero) todos los seguros de vida cuyas primas esté dispuesto a financiar, incluso en la misma compañía aseguradora. El efecto de lo anterior es que él o los beneficiarios podrán cobrar válidamente cada uno de los capitales asegurados, sin que el asegurador pueda oponer las excepciones y defensas (ni las acciones) propias de la pluralidad de seguros de daños, contempladas en el artículo 556 CCOM.

Una cuestión diversa ocurre a propósito de una institución muy distinta llamada "coaseguro", esto es, cuando con la voluntad de dos o más aseguradores, se conviene en soportar en conjunto determinado riesgo. Esta materia no ha recibido un tratamiento especial en los seguros de personas, pero tampoco en las reglas aplicables a todo seguro de la Sección Primera del Título VIII del Libro II.

Pensamos que, aun a falta de regulación legal específica sobre esta materia, resulta perfectamente lícito que dos o más aseguradoras tomen sobre sí (de acuerdo con el contratante) un mismo riesgo de vida y que pacten

[565] Véase *infra* 89.10.

entre ellas la forma de concurrir al pago de la eventual indemnización y a satisfacer los derechos del contratante, si fuera del caso.

En consecuencia, si se pacta un coaseguro sobre la vida de determinada persona y nada se dice respecto de la forma en que las aseguradoras deban concurrir al pago del siniestro, deberá aplicarse supletoriamente la regla del artículo 557 CCOM, esto es, que cada aseguradora responderá de su respectiva cuota de participación. Si en el mismo caso se ha emitido una sola póliza, operará a favor del beneficiario (o del contratante, en su caso) la regla del inciso 2º del mismo artículo 557 CCOM, que contiene una presunción simplemente legal por la que se debe considerar como mandatario (también llamado líder) al coasegurador que emitió la póliza.

Como se aprecia, a falta de una regulación especial en esta materia y en otras, será necesario recurrir a los cánones clásicos de interpretación de la ley, particularmente a la interpretación lógica, que permite ilustrar el sentido de las leyes según el contexto y la correspondencia y armonía de cada una de sus partes (artículos 19 inciso 2º y 22 CC).

89.3. Denuncia de la muerte y forma de acreditar el siniestro. Caso del desaparecimiento y de la mera ausencia

La ley chilena determina en el artículo 599 CCOM que ni la mera ausencia (que es la situación del artículo 83 CC) ni el desaparecimiento del asegurado harán exigible la obligación del asegurador en el seguro de fallecimiento, salvo en cuanto se haya pactado algo distinto. En lo relativo a la muerte presunta, la ley sólo se refiere a ella al tratar de la designación de beneficiarios en el artículo 593 CCOM.

El artículo 91 CC dispone que todos quienes tengan derechos subordinados a la condición de muerte del desaparecido pueden hacer valer sus derechos como en el caso de la verdadera muerte cuando quede ejecutoriado el decreto de posesión definitiva de los bienes. En consecuencia, el decreto de posesión provisoria de los bienes del artículo 84 CC no habilita a los beneficiarios para cobrar la indemnización en virtud de un siniestro de fallecimiento.

Es interesante notar que, en esta materia, la legislación actual, si bien sigue en parte lo dispuesto en el antiguo artículo 576 del Código original de

Ocampo, eliminó el antiguo inciso 2º, que permitía a los herederos presuntivos del desaparecido que hubiesen obtenido la posesión definitiva cobrar el seguro bajo caución de restitución para el caso en que el ausente reapareciera.

La denuncia del siniestro de fallecimiento se hace presentando el certificado de defunción del asegurado, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación.[566] No sirve como prueba del fallecimiento el llamado "certificado médico de defunción" del artículo 45 de la Ley Nº 4.808 y del Decreto Nº 460 de 1970, aunque este documento bien puede servir para probar la causa de la muerte, muy necesaria en casos de coberturas de muerte accidental.[567]

Asimismo, para tener derecho al pago de la indemnización será frecuente que los aseguradores exijan la presentación del certificado de nacimiento

---

[566] Para el caso de la muerte cerebral de la Ley Nº 19.451, el certificado de defunción será igualmente necesario y no nos parece que sea suficiente la certificación unánime e inequívoca, otorgada por un equipo de médicos del campo de la neurología o neurocirugía. Para los requisitos de la Ley N° 19.451 véase la próxima nota.

[567] Estas normas disponen que el médico debe extender un "certificado médico de defunción", con expresión de la causa de la muerte. A falta de la certificación médica, dispone que la verificación del fallecimiento se puede establecer mediante la declaración de dos o más testigos rendida ante el oficial del Registro Civil o ante el Juez de Letras del lugar en el que haya ocurrido la muerte, hecha de preferencia por personas que hubieren estado presentes en los momentos anteriores al deceso, de todo lo cual se dejará expresa constancia de defunción. En el caso de la Ley Nº 19.451, el artículo 11 dispone: "Para los efectos previstos en esta ley, la muerte se acreditará mediante certificación unánime e inequívoca, otorgada por un equipo de médicos, uno de cuyos integrantes, al menos, deberá desempeñarse en el campo de la neurología o neurocirugía. Los médicos que otorguen la certificación no podrán formar parte del equipo que vaya a efectuar el trasplante. La certificación se otorgará cuando se haya comprobado la abolición total e irreversible de todas las funciones encefálicas, lo que se acreditará con la certeza diagnóstica de la causa del mal, según parámetros clínicos corroborados por las pruebas o exámenes calificados. El reglamento deberá considerar, como mínimo, que la persona cuya muerte encefálica se declara, presente las siguientes condiciones: 1.- Ningún movimiento voluntario observado durante una hora; 2.- Apnea luego de tres minutos de desconexión de ventilador, y 3.- Ausencia de reflejos troncoencefálicos. En estos casos, al certificado de defunción expedido por un médico, se agregará un documento en que se dejará constancia de los antecedentes que permitieron acreditar la muerte". A su turno, el artículo 19 de la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes establece: "Tratándose de personas en estado de muerte cerebral, la defunción se certificará una vez que ésta se haya acreditado de acuerdo con las prescripciones que al respecto contiene el artículo 11 de la ley Nº19.451, con prescindencia de la calidad de donante de órganos que pueda tener la persona".

u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado, de manera de computar su edad actuarial y verificar que al momento del fallecimiento no hubiese alcanzado la edad máxima de permanencia. Algunas pólizas, además, exigen la presentación de informes, declaraciones, certificados o documentos destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias relativas al fallecimiento del asegurado. Ejemplos de tales requerimientos son la copia del parte policial cuando se trate de un accidente o una causa distinta a la de muerte natural, una copia del informe de alcoholemia, entre otros. Últimamente, la NCG Nº 420 (II.1.5) ha ordenado a aseguradores no dilatar innecesariamente el pago de los siniestros ni requerir información inútil o sobreabundante, debiendo siempre observar los principios de "trato justo" y de "fiel cumplimiento a los compromisos asumidos con los clientes".

Finalmente, debemos recordar que la NCG Nº 387 (que modifica la NCG Nº 306) instruye a las compañías consultar al menos una vez al año el Registro Civil con el fin de detectar asegurados fallecidos cuyo siniestro no haya sido denunciado y que no se encuentren prescritos, debiéndose constituir una reserva técnica, indicada en el Nº 4 del Título III de la NCG Nº 306. La NCG Nº 397 dispuso un sistema especial de publicaciones en diarios (digitales o en soporte de papel) y en la página web de la compañía aseguradora, con el fin de poner sobre aviso a los eventuales beneficiarios de un seguro de fallecimiento, así como a terceros que tengan interés en cobrar el seguro.

El artículo 12 del D.F.L. Nº 251, modificado por la Ley Nº 20.552, de 17 de diciembre de 2011, dispone que la SVS (hoy CMF) deberá entregar la información sobre los seguros a quienes acrediten tener la calidad de asegurados. En caso de incapacidad judicialmente declarada o muerte de un asegurado, tal información debe entregarse a quienes acrediten tener la calidad de cónyuges, convivientes civiles,[568] hijos, padres, beneficiarios u otros legítimos interesados.

[568] La NCG Nº 342 agrega al conviviente civil como una de las personas que pueden consultar sobre la existencia de un seguro en consonancia con la generalidad de las normas contenidas en la Ley Nº 20.830.

El D.S. Nº 1.161 de 2012 (o Reglamento de Consulta de Seguros) y la NCG Nº 342, de 11 de diciembre de 2012, dan ejecución al artículo 12 del D.F.L. Nº 251 mediante la creación y regulación del "Sistema de Consultas de Seguros". Las consultas, como hemos revisado anteriormente, pueden hacerse en el sitio web www.conocetuseguro.cl.[569]

Además de las consultas hechas por las personas establecidas en la ley y en la NCG Nº 251, las compañías deben entregar a la CMF, a su solo requerimiento, la información sobre vigencia y tipo de seguro, de acuerdo al código de depósito, pero les queda prohibido informar antecedentes relacionados con la identidad del beneficiario o las condiciones establecidas para ello en el seguro. Dicha información deberá proporcionarse mientras las obligaciones de la compañía estén vigentes. Posteriormente, y en perfecta sintonía con las obligaciones impuestas por la Ley Nº 19.628, la CMF debe resguardar la privacidad de la información y deberá eliminar todos los antecedentes una vez transcurridos 60 días desde su recepción. Ahondaremos sobre la denuncia del siniestro en el párrafo correspondiente.[570]

Muy distinta es la prueba de la sobrevivencia, la que sólo puede lograrse con plenitud mediante la presentación en persona del asegurado ante el asegurador.[571] Subsidiariamente, para los casos en que sea imposible la concurrencia, la prueba de la sobrevivencia puede lograrse mediante documentación pública respectiva. Si bien la ley mercantil no lo dispone, es conveniente tener en consideración que el artículo 2275 CC señala que, para exigir el pago de la renta vitalicia (que es un seguro de sobrevivencia), será necesario probar la existencia de la persona de cuya vida depende.

---

[569] Sobre este procedimiento, a propósito de la obligación de explicitar la forma de denunciar el siniestro en las pólizas, véase *supra* 75.

[570] Véase *infra* 88 y siguientes.

[571] Según relataban Planiol, Marcel y Ripert, Georges (1946), *Tratado práctico de Derecho Civil, Los contratos civiles*, T. XI, Segunda parte (Mario Díaz, Trad.), La Habana, p. 533, la prueba de la sobrevivencia se solía producir mediante un "certificado de vida" otorgado por un juez, un notario o un alcalde. Hoy en día, tales métodos han sido desplazados por la documentación oficial del Registro Civil, aunque bien puede solicitarse a un notario que acredite que una persona está viva, conforme lo dispone el artículo 401 Nº 6 del COT.

89.4. Provocación del siniestro de fallecimiento

El artículo 598 CCOM establece dos supuestos bastante diferentes. La norma señala:

> *"Provocación del siniestro y suicidio: El siniestro causado dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, sin perjuicio de la acción criminal a que hubiera lugar.*
>
> *Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado sólo quedará cubierto a partir de dos años de la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones".*

El supuesto que nos interesa, por ahora, es la provocación dolosa del siniestro por parte del beneficiario, lo que, en el seguro de vida, sólo puede entenderse como la provocación intencional de la muerte del asegurado a manos de uno o más de los beneficiarios. El segundo caso, que veremos en el próximo párrafo, es el del suicidio del asegurado.

Como se observa, la ley hace caducar la obligación de pagar el siniestro en el caso en que la muerte del asegurado haya sido provocada por el beneficiario.[572] La provocación, sin embargo, debe ser dolosa, vale decir, debe mediar una condena firme por delito de homicidio, sin que baste el cuasidelito penal para configurar la caducidad de la obligación de indemnizar.

A nuestro juicio, debe considerarse asimismo como una provocación dolosa del siniestro de fallecimiento la autoría en el delito de auxilio al suicidio descrito y regulado en el artículo 393 CP.[573] En este sentido, la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes, al regular el "consentimiento informado" y el "estado de salud terminal" identifica toda medida que busque la aceleración artificial de la muerte con la realización de prácticas eutanásicas y de auxilio al suicidio (artículos 14 inciso 3° y artículo 16 inciso 1°), conductas que impedirían *prima facie* dar curso a la obligación de indemnizar.

---

[572] El caso es distinto al del artículo 535 CCOM, que, como se sabe, se refiere al dolo o culpa grave del asegurado o del tomador.

[573] El artículo 393 CP castiga al que "con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide".

Lo anterior no quiere decir que una persona que es informada de su estado de salud terminal no pueda rechazar tratamientos que tengan como finalidad prolongar artificialmente su vida. El consentimiento en la desconexión de los medios electromecánicos que mantienen artificialmente la vida de un enfermo, descrita en el artículo 11 de la Ley Nº 19.451 (sobre transplante y donación de órganos), no puede ser considerada como una provocación del siniestro que permita la caducidad de la obligación de indemnizar.

En cuanto a la provocación del siniestro propiamente tal, la ley no ha distinguido el grado de participación que debe tener el beneficiario en el delito, por lo que debe entenderse que es el dolo de autor o de cómplice el que opera la caducidad de la obligación de pagar el siniestro. Respecto del encubridor, no parece correcto situarlo en el verbo rector "provocación", exigido por el artículo 598 inciso 1º CCOM, por lo que juzgamos que la excepción legal no le afecta, sin perjuicio de que las pólizas podrían excluirlo expresamente. En este sentido, nos parece que aportaba más claridad a esta materia la norma original del Código de Ocampo, contenida en el derogado artículo 575 Nº 2.[574]

Pero el artículo 598 inciso 1º sólo se ha puesto en el caso en que el siniestro haya sido causado "por el beneficiario", en singular. El legislador no ha aportado reglas para el caso en que sean dos o más los beneficiarios y sólo uno de ellos tomare parte en la provocación dolosa del siniestro. Pensamos que si son dos o más beneficiarios y sólo uno de ellos ha tomado parte en la muerte dolosa del asegurado, sin que necesariamente los demás tengan autoría ni participación en la provocación del siniestro, el asegurador no puede caducar el pago a él o los beneficiarios no culpables. En efecto, la sanción de caducidad de concurrir al pago es personalísima. En tal caso, el asegurador deberá igualmente pagar al resto de los beneficiarios el capital íntegro, vale decir, con el derecho de acrecer del artículo 594 parte final CCOM. Como consecuencia de lo anterior, el castigo a la provocación dolosa del siniestro no puede afectar al crédito de los beneficiarios no culpables.

La ley tampoco soluciona el problema que se presentaría en el caso en que la persona que dio muerte al asegurado haya efectivamente cobrado y

[574] La norma disponía: "El seguro de vida se rescinde: 2º Si el que reclama la cantidad asegurada fuere autor o cómplice de la muerte de la persona cuya vida ha sido asegurada".

recibido el pago de la indemnización. En tal caso, y a falta de una regulación especial, es necesario dar aplicación a las reglas generales del derecho común, por lo que el asegurador debe entenderse legitimado en la acción del cuasicontrato de pago de lo no debido, pues ha decaído legalmente la causa de la prestación.

89.5. Suicidio del asegurado

Según dispone el artículo 598 inciso 2º CCOM, si el suicidio ocurre antes de dos años contados desde la celebración del contrato (o de sus sucesivas renovaciones), priva a él o los beneficiarios del derecho a la indemnización por fallecimiento. Dada la imperatividad de la norma, las partes sólo pueden abreviar este plazo, pero no extenderlo.

Según Contreras, la doctrina descarta la aplicación de la caducidad del pago en caso de suicidio del asegurado para el caso en que éste ocurra como consecuencia de una anormalidad psíquica.[575] A falta de un texto legal y de un tratamiento del tema en la historia de la ley, no podemos sino discrepar de esa postura.

Con todo, nada impide que las pólizas puedan distinguir convencionalmente las causas de un suicidio para los efectos de su cobertura, aun cuando pensamos que una cuestión de esa naturaleza provocaría más problemas que beneficios. Finalmente, pensamos que las muertes asistidas legalizadas en otros países deben considerarse como suicidio para los efectos del seguro de fallecimiento en Chile. Al contrario, las situaciones de interrupción de asistencia mecánica a personas con muerte encefálica de la Ley Nº 19.451 no pueden considerarse auxilio al suicidio ni provocación de la muerte bajo ningún punto de vista.

89.6. Exclusiones comunes en el seguro de fallecimiento

Según hemos revisado, la ley no define "exclusión", sino que la aborda tangencialmente en los artículos 514 y 530 inciso 1º CCOM. Lo mismo hace el legislador en la NCG Nº 349 (párr. II.2) y en la Circular Nº 2.123 (párr. V.6), entre otras varias disposiciones.

---

[575] CONTRERAS, Osvaldo (2014), p. 658. Véase, asimismo, RUIZ-TAGLE, Carlos (2011), p. 430.

Como en todo seguro, el de vida suele contemplar varias exclusiones que determinan con precisión el riesgo asegurado, las que deben constar en las condiciones generales de la póliza, sin que sea lícito agregar exclusiones en las condiciones particulares.[576] Aun cuando las exigencias legales tiendan a convertir la documentación precontractual y contractual en demasiado extensa, resulta esencial que un asegurador diligente exprese las exclusiones con todo detalle desde la fase *in contrahendo*.

Las exclusiones más comunes son el suicidio (que tiene el tratamiento legal imperativo antes mencionado), la participación del asegurado en guerras, sublevaciones, sedición, rebelión, revolución, conspiración o motín, sean o no de origen militar o hechos que las leyes califican como delitos contra la Ley de Seguridad Interior del Estado; la condena judicial a muerte; la participación del asegurado en actos delictivos comunes o terroristas en calidad de autor o cómplice; la provocación del siniestro por parte de un beneficiario;[577] la práctica de actividades o deportes riesgosos (que deberán detallarse); los riesgos de la energía nuclear, etcétera. Además, se suelen agregar como exclusiones al seguro de vida los fallecimientos causados por enfermedades preexistentes y ciertas patologías infectocontagiosas determinadas con precisión en la póliza.

Como es natural, tocará al asegurador acreditar la exclusión, pues, como hemos revisado anteriormente, el artículo 531 CCOM presume que el siniestro ha ocurrido por un hecho que hace responsable al asegurador, invirtiéndose con ello la carga de la prueba en perjuicio de la compañía aseguradora.[578]

89.7. Licitud de objeto del seguro de fallecimiento tomado sobre dos cabezas

La ley no prohíbe la pluralidad de asegurados sobre la vida en un mismo contrato, sea que se pacte el pago del capital asegurado para el caso de muerte conjunta, para el caso del primer fallecimiento, o para el caso del segundo. Todos los anteriores son riesgos lícitos, y, por ello, perfectamente asegurables en el país.

---

[576] Véase *supra* 78.1.

[577] Sobre la pluralidad de beneficiarios y esta exclusión, véase *supra* 29.

[578] Véase *supra* 64.3.

La cuestión es corriente, por ejemplo, en los seguros de fallecimiento tomados sobre la cabeza de las dos personas obligadas al pago de una escolaridad de uno o más estudiantes (usualmente el padre y la madre). Así, en el caso en que el padre y la madre sean obligados al pago de la colegiatura de el o los hijos comunes, el seguro puede tomarse sobre la cabeza de ambos, aun cuando normalmente se genera la obligación de pagar el capital asegurado con la muerte de cualquiera de los dos. En este caso, corrientemente pactado en un seguro colectivo, el beneficiario puede ser el establecimiento educacional, e incluso los establecimientos en que los estudiantes decidan prolongar sus estudios en el futuro.

Distinto es el caso de los seguros llamados "mancomunados". Si bien los condicionados que se han usado en el país se encuentran prohibidos actualmente (aunque sólo por razones formales),[579] se han ofrecido en Chile seguros de vida con pluralidad de asegurados del tipo "mancomunados". En ellos se cubre la vida de dos personas conjuntamente, quienes son, a la vez, mutuamente beneficiarias entre sí. En estos tipos de seguro, la compañía aseguradora debe pagar el capital asegurado al asegurado/beneficiario que sobreviva al fallecimiento del otro asegurado/beneficiario, si es que la muerte ocurre durante la vigencia de la póliza, o bien a los dos asegurados, por partes iguales, a la fecha de vencimiento del seguro, si es que ambos sobreviven. Se trata, en el caso propuesto, de un seguro mixto.

Para el caso de la muerte simultánea en los seguros mancomunados, la obligación de pagar el capital cede a favor del beneficiario supletoriamente designado y, a falta de designación subsidiaria, deberá procederse conforme lo indican las reglas dispuestas en el artículo 593 inciso 2º CCOM,[580] que hemos revisado detalladamente más arriba.

89.8. Seguros para el caso de sobrevivencia

Son seguros para el caso de sobrevivencia o longevidad aquellos en los que la obligación del asegurador de pagar el capital o de una renta (o ambos) se encuentra subordinada al caso en que el asegurado sobreviva a

[579] Ejemplos en las Pólizas POL 298018 o en las Cláusulas Alternativas CAL 292080, 292081, 292086, 292087.

[580] Sobre las pólizas sin beneficiarios, véase *supra* 24.

una fecha prefijada en el contrato. El plazo de sobrevivencia será fijado en las condiciones particulares de la póliza y el siniestro precisamente consiste en que el asegurado lo alcance en vida.

Como se sabe, el hecho de alcanzar una determinada edad es también un acontecimiento futuro e incierto, tal como se desprende de los artículos 1081 inciso 4º y 1083 CC.[581] En efecto, si bien estas normas se ubican dentro del régimen de plazos, concretamente dentro de las asignaciones a día, el artículo 1083 CC dispone con claridad que el plazo incierto e indeterminado es "siempre una condición y se sujeta a las reglas de las condiciones".

89.9. Seguros de vida mixtos

Son seguros de vida mixtos los que consisten, en el mismo contrato (el artículo 589 inciso 1º CCOM dice "conjuntamente"), en un seguro para el caso de fallecimiento y un seguro para el caso de sobrevivencia respecto de la misma persona. Lo que caracteriza a este tipo de aseguramiento es que ambos riesgos, según se aprecia, están regulados y soportados por el asegurador en un solo contrato de seguro.

La cuestión no es simple, pues es el mismo negocio jurídico bilateral y aleatorio el que está sujeto a riesgos diversos y opuestos (la muerte o la sobrevivencia), tiene beneficiarios diversos para ambos casos (los terceros beneficiarios o el propio asegurado), y los montos a pagar pueden ser distintos en uno y otro caso. Se trata, en último término, de un mismo contrato, pero con dos coberturas distintas.[582]

Aparte de la corta referencia existente en el artículo 589 CCOM y en la definición de seguro de vida del artículo 588 inciso 2º CCOM, la legislación tributaria chilena (artículo 17 Nº 3 LIR) contiene un relevante tratamiento

---

[581] El artículo 1081 inciso 4º CC señala: "Es incierto, pero determinado, si puede llegar o no, pero suponiendo que haya de llegar, se sabe cuándo, como el día en que una persona cumpla veinticinco años". A su turno, el artículo 1083 CC dispone: "El día incierto e indeterminado es siempre una verdadera condición, y se sujeta a las reglas de las condiciones".

[582] Tirado Suárez, Francisco Javier (2001), p. 1627. Como apuntaran más decididamente Planiol, Marcel y Ripert, Georges (1946), p. 699, la terminología "seguro mixto" no es muy exacta, pues más bien hay dos seguros, y es mejor hablar de "póliza mixta".

de lo que llama "seguros dotales",[583] acercándose a la denominación doctrinal imperante para los seguros de esta clase.[584]

Se trataría, en último término, de seguros que además de cubrir la muerte del asegurado (y por ello de capital diferido pagadero a un tercero o un múltiplo de éste[585]) garantizan al propio asegurado/contratante un capital o "dote" al llegar a una determinada edad. No se trata en este último caso

---

[583] Si bien la ley no define este concepto, se refiere a él expresamente en el artículo 17 Nº 3 LIR, que trata del régimen tributario del seguro de vida. Según lo señalado en el Oficio Nº 98 de 2010 del SII, la SVS le informó mediante un oficio ordinario que: "*Seguro dotal es aquel que cubre el riesgo de muerte durante un determinado plazo, otorgando el pago de un capital si el asegurado fallece durante ese período o si el asegurado sobrevive a ese período se paga la indemnización pactada*". El artículo 17 Nº 3 LIR dispone, en lo pertinente: "Lo dispuesto en este número se aplicará también a aquellas cantidades que se perciban en cumplimiento de un seguro dotal, en la medida que éste no se encuentre acogido al artículo 57 bis, por el mero hecho de cumplirse el plazo estipulado, siempre que dicho plazo sea superior a cinco años, pero sólo por aquella parte que no exceda anualmente de diecisiete unidades tributarias mensuales, según el valor de dicha unidad al 31 de diciembre del año en que se perciba el ingreso, considerando cada año que medie desde la celebración del contrato y el año en que se perciba el ingreso y el conjunto de los seguros dotales contratados por el perceptor. Para determinar la renta correspondiente se deducirá del monto percibido, acrecentado por todas las sumas percibidas con cargo al conjunto de seguros dotales contratados por el contribuyente debidamente reajustadas según la variación del índice de precios al consumidor ocurrida entre el primero del mes anterior a la percepción y el primero del mes anterior al término del año respectivo, aquella parte de los ingresos percibidos anteriormente que se afectaron con los impuestos de esta ley y el total de la prima pagada a la fecha de percepción del ingreso, reajustados en la forma señalada. Si de la operación anterior resultare un saldo positivo, la compañía de seguros que efectúe el pago deberá retener un 15 % de dicho saldo, retención que se sujetará, en lo que corresponda, a lo dispuesto en el Párrafo 2 del Título V de esta ley. Con todo, se considerará renta toda cantidad percibida con cargo a un seguro dotal, cuando no hubiere fallecido el asegurado, o se hubiere invalidado totalmente, si el monto pagado por concepto de prima hubiere sido rebajado de la base imponible del impuesto establecido en el artículo 43º".

[584] En España, como apunta TIRADO SUÁREZ, Franciso Javier (2001), p. 1627, se entiende por "seguros dotales" aquellos que garantizan el pago del capital asegurado a la persona designada en la fecha de vencimiento del seguro, con independencia de que sobreviva o no el asegurado en dicho momento. Como se aprecia, se trata de cualquier seguro pagadero al propio asegurado, en caso de sobrevivencia, o a terceros beneficiarios si muere antes de la fecha estipulada (*endowment insurance*) con riesgo de muerte o de longevidad. Véase también DUPUICH, Paul (1922), p. 51. Para una identificación del seguro dotal al mixto, véase RUIZ-TAGLE, Carlos (2011), p. 53.

[585] Ejemplo en Chile es la cláusula alternativa o "CAL" 2 92 075, hoy prohibida de comercializar.

de una simple "restitución" de una cuenta de inversión al contratante por haber alcanzado la edad máxima de permanencia en el seguro, sino que del pago efectivo de un capital asegurado por siniestro.

Así, en el caso en que el asegurado muera antes de la fecha prefijada en el contrato, el asegurador contrae la obligación de pagar la suma o renta acordada a los terceros beneficiarios, como en un seguro de fallecimiento corriente. Pero la novedad de esta clase de aseguramiento es que, si el mismo asegurado no muere, sino que sobrevive a una fecha determinada señalada en el contrato, el asegurador debe pagar la suma acordada (una renta o el capital) al propio asegurado, quien funge como beneficiario, pero ahora en modalidad de sobrevivencia.[586] De ahí la denominación como seguro "mixto".

En los seguros mixtos, la condicionalidad y la aleatoriedad son dobles. Si el asegurado muere antes de la fecha indicada, el contrato participa de la calidad de seguro de fallecimiento. En caso de sobrevivir el asegurado a la edad prefijada en el contrato, la obligación de pagar el capital o renta asegurada por fallecimiento se extingue respecto de los terceros beneficiarios designados para el caso de fallecimiento, mutando de sujeto pasivo y de riesgo asegurado.[587]

89.10. Seguros de vida temporales y seguros de vida entera, antes también llamados "vitalicios"

a) Seguros temporales

Son seguros de vida temporales los que cubren el riesgo de fallecimiento o de sobrevivencia del asegurado durante un período de tiempo definido en el contrato.[588]

---

[586] Nicolas, Veronique (2012), p. 509; Contreras, Osvaldo (2014), p. 643.

[587] De las pólizas vigentes puede citarse, a modo ejemplar, la POL 220140049, que en su artículo 2º dispone: "… el capital asegurado señalado en las condiciones particulares será pagado por la compañía aseguradora a los beneficiarios después del fallecimiento del asegurado, si ocurre durante la vigencia de la póliza, o al mismo asegurado, a la fecha de vencimiento de la póliza, si sobrevive a esta última fecha".

[588] Picard, Maurice y Besson, André (1964), p. 630.

El Código de Comercio, en su versión original, contemplaba esta diferencia en el artículo 571, que disponía: "El seguro puede ser temporal o vitalicio. Omitida la designación del tiempo que debe durar, el seguro se reputará vitalicio". Esta distinción y los efectos de la falta de determinación temporal, lamentablemente, no aparecen tratados expresamente en la legislación actual.

La temporalidad del seguro de vida se asocia a una duración limitada, usualmente corta (de aproximadamente cinco años, aunque puede ser otra), la que no necesariamente se encuentra asociada a tablas de mortalidad ni a edades máximas de permanencia en el contrato. El riesgo asumido por el asegurador es, simplemente, que el asegurado muera en un período restringido de tiempo. Por razones evidentes, y como la mayoría de los seguros de personas, esta clase de aseguramiento debe limitar fuertemente la edad de ingreso y de permanencia.

Pero la temporalidad del seguro no obsta a que pudieran pactarse eventuales renovaciones, usualmente por períodos de igual duración, con o sin ajuste de la prima, aunque siempre debiéndose observar la edad máxima de permanencia como condición de vigencia y, por ello, de cobertura, especialmente para las renovaciones sucesivas.

b) Seguros de vida entera

Son seguros de vida entera (o antes llamados por la ley "seguros vitalicios") los que cubren el riesgo de fallecimiento o de sobrevivencia del asegurado sin sujeción a un período de tiempo. Comercialmente se consideran de vida entera (aunque en estricto rigor no lo sean) los seguros de fallecimiento que contemplan una edad máxima de permanencia en el contrato, transcurrida la cual el contrato termina *ipso iure*, sin necesidad de declaración o notificación.[589]

Son típicamente de vida entera los seguros de sobrevivencia en modalidad renta vitalicia del artículo 588 inciso 3º CCOM. Suelen, asimismo, ser seguros de vida entera los seguros de fallecimiento que contemplan la

[589] Para esta clase de terminación del seguro, véase *supra* 68.5.

formación de una cuenta única de inversión. Esta última clase de aseguramiento, dada su larga duración, suele contemplar una nivelación de la prima en el tiempo por motivos comerciales.

89.11. Seguros de vida de "riesgo puro" y seguros de vida con cuenta única de inversión (CUI). La supuesta "función de ahorro" del seguro de vida

Al contrario de lo que ocurre en los seguros de vida llamados "de riesgo puro", en que la prima pactada en el contrato se destina exclusivamente a pagar los riesgos que son materia de la póliza sin que parte alguna quede afecta a la conformación de una cuenta de inversión u otra ventaja financiera a favor del contratante, se llaman seguros con cuenta única de inversión (CUI) aquellos en que una parte de la prima se destina a cubrir el riesgo de vida, y otra parte de la prima (a veces una parte muy importante) queda afecta a la formación de una cuenta de inversión respecto de la cual el contratante tiene derechos establecidos en la póliza.[590]

A falta de definición legal, la SVS (hoy CMF) conceptualizó esta clase de seguros en la Circular Nº 2.180, de 26 de junio de 2015, como aquellos que "contemplan junto con la cobertura por el riesgo de fallecimiento, invalidez u otras coberturas, la acumulación de ahorro en una cuenta única de inversión, normalmente denominada valor póliza". Como se logra apreciar, en nuestro ordenamiento no sólo los riesgos de vida pueden contemplar la conformación adicional de una CUI, aun cuando lo corriente es que se asocien a riesgos de fallecimiento, dada su larga duración y su prima nivelada.

La Circular Nº 2.180 agrega que en la cuenta de inversión "se abona la rentabilidad obtenida durante el período y otros abonos que puede contemplar la póliza; se carga el costo de las coberturas contratadas, los cargos estipulados en la póliza y los rescates parciales efectuados por el asegurado. La rentabilidad de la cuenta única de inversión refleja el rendimiento de una tasa de interés o bien de activos o instrumentos de inversión".

---

[590] Sobre las primas en esta clase de aseguramiento, véase *supra* 63.6.

Tal como hemos revisado al analizar la protección al consumidor, las normas sobre conducta de mercado y las cláusulas mínimas que deben tener las pólizas de seguro, la contratación de seguros con CUI debe cumplir con una serie de requisitos adicionales, asociados al carácter de producto financiero de esta modalidad de aseguramiento.[591]

89.12. La prima en los seguros con CUI. Relación con la llamada "prima nivelada"

En los contratos con cuenta única de inversión aparecen como debidas por el contratante al asegurador (al menos) dos clases de prima. Por un lado, contemplan una "prima pura", tarificada de acuerdo exclusivamente al riesgo de fallecimiento del asegurado y que se relaciona económicamente con el capital asegurado por fallecimiento, usualmente bajo.[592]

Asimismo, el contratante debe pagar una "prima adicional" cuyo objeto es, fundamentalmente, la confección de la cuenta única de inversión (CUI),[593] bien para que ésta sea rescatada parcial o totalmente por el propio contratante, o bien para que integre la indemnización a favor del tercero beneficiario en caso de siniestro, que, como se ha determinado en la Circular Nº 2.180, consiste en "una función del capital asegurado y de la CUI". La misma Circular Nº 2.180 (III.1) indica que las compañías deben informar mensualmente el detalle de las primas pagadas, lo que se entiende sin perjuicio de la obligación de desglose de la prima contenida en la Circular Nº 2.123 (II.1), en las disposiciones sobre contenido de las pólizas de la NCG Nº 349 y, con carácter general, en el artículo 17 B LPDC.[594]

Los contratos con cuenta única de inversión nacen como un efecto de la llamada "prima nivelada". Como adelantábamos, en los seguros de fallecimiento de vida entera suele pactarse una prima de valor constante en el

---

[591] Véase *supra* 79.1.

[592] Para el concepto de "prima pura" o de riesgo, véase *supra* 63.6, y PICARD, Maurice y BESSON, André (1964), p. 40.

[593] A la prima adicional o mal llamada "de ahorro" suelen agregarse, además, los gastos de administración, de suscripción y otros. A partir de la suma de la prima pura a la prima de ahorro y los gastos señalados se conforma la prima comercial o de tarifa.

[594] Véase *supra* 63 y 78.

tiempo[595] y no una prima que refleje el riesgo puro de fallecimiento (claramente ascendente, creciente o progresivo), asociado a la edad del asegurado.[596]

En un régimen sin nivelación de prima, el seguro de vida entera sería imposible o al menos improbable de comercializar, pues en la medida en que el asegurado se haga más anciano y se acerque al fin de su existencia, la prima crecería y se tornaría económicamente insostenible de solventar. El seguro se tornaría, en consecuencia, en un instrumento de protección financiera ineficiente. En efecto, en la hipótesis de prima asociada directamente al riesgo de fallecimiento con prima creciente, el contratante estaría obligado a pagar una cantidad ínfima durante la primera etapa del contrato, pero que se incrementaría hacia montos económicamente imposibles de enfrentar mientras se acerque el día del término del contrato (o "edad máxima de permanencia" del asegurado).

Para evitar la dificultad de la prima creciente asociada directamente al riesgo de fallecimiento, los aseguradores ofrecen nivelar la prima calculada según las tablas de mortalidad que estén utilizando[597] para toda la duración del contrato de seguro, de manera que el contratante deba pagar el mismo valor mensual durante toda la vigencia del seguro, lo que, en términos reales, se traduce en que paga mucha más prima que la que realmente corresponde al riesgo en la etapa temprana (pues no está asociada a riesgo real o puro), y paga mucha menos –o nada– en la época cercana a su término (pues acumuló prima durante la primera época del contrato). Por cierto, y como se ha advertido, esta modalidad de prima resulta especialmente conveniente en los seguros de vida entera.

Como consecuencia de lo anterior, y como señala Contreras, el contrato de seguro con cuenta única de inversión "se caracteriza por otorgar una cobertura permanente con un mínimo desembolso inicial, combina el seguro con el ahorro y es de gran flexibilidad (…), se permite al asegurado [debe decir contratante] rescatar la póliza por su valor efectivo, o dejar de pagar primas…". En efecto, la acumulación de valor puede dar derecho al

---

595 Nicolas, Veronique (2012), p. 655.

596 Contreras, Osvaldo (2014), p. 642; Picard, Maurice y Besson, André (1964), p. 631.

597 Para el uso de las tablas de mortalidad, véase *supra* 14.

contratante a simplemente dejar de pagar las primas, las que se descontarán de la CUI, sin que el contrato se termine. Esta clase de pólizas pueden contemplar derecho a saldar la póliza, prorrogarla e incluso a reducirla.[598]

Desde el punto de vista técnico, cualquier seguro con prima nivelada conduce o puede conducir a la conformación de un derecho personal sobre el valor póliza a favor del contratante y contra el asegurador durante la primera etapa del contrato, pues esta modalidad económica supone que se pagan primas constantes en valor, no asociadas actualmente al riesgo directo de fallecimiento del asegurado. Dada la nivelación económica de la prima, se podría decir que, durante una gran parte del contrato de seguro de vida entera, el contratante pagará más que lo estrictamente asociado al riesgo puro. Esto, en conjunto con otros aportes regulados en el contrato, se traduce en la formación de una cuenta o registro a favor del contratante, que se debe reconocer en la reserva de valor del fondo establecida en la NCG Nº 306 (III.3.4.1), la que deberá reflejar el denominado "valor póliza".

La cuestión de la acumulación de fondos en poder del asegurador con cargo a primas futuras no es nueva ni consiste en un producto financiero tan moderno como suele pensarse. De hecho, se trata de una práctica muy antigua y puede verse como una característica importante del seguro de vida ya en el célebre libro de Walford de 1844.[599]

Si se recuerda, antes hemos revisado que parte de la doctrina suele hablar de una supuesta "doble función" del contrato de seguro de fallecimiento calificada por su función puramente indemnizatoria y por una supuesta función "de ahorro".[600] Como se puede ver, más que una "doble función", la acumulación de prima adicional debe asociarse a la mecánica económica del seguro,[601] particularmente en las pólizas de vida entera y a la nivelación de las primas.[602]

---

[598] Sobre estos derechos del contratante, véase *infra* 90.1 y siguientes.

[599] WALFORD Cornelius (1868), pp. 367 y ss.

[600] Sobre algunos aspectos de esta doble función, NICOLAS, Veronique (2012), pp. 499 y ss. TIRADO SUÁREZ, Francisco Javier (2001), p. 1617.

[601] CONTRERAS, Osvaldo (2014), pp. 630 y ss., califica estas funciones económicas entre las "ventajas" del seguro de vida.

[602] Sobre esta particularidad, véase BARRERA MONJE, Alejandro (2015), pp. 495 y ss.

Este mecanismo de recaudación, usado abusivamente, podría derivar en la desnaturalización del contrato de seguro, por ejemplo, en los casos en que "el valor póliza" exceda en demasiadas veces el capital asegurado. Justamente en atención a ello, el Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguro dictó la Resolución Nº 4-2015, sobre "riesgo asegurable significativo", estableciendo que "el cuociente mínimo no puede ser inferior al 1,5 %, de manera que el capital en riesgo por fallecimiento por causa natural represente a lo menos esa proporción del total del valor póliza".[603]

89.13. Situación del contratante en los seguros de fallecimiento con CUI

Mientras el contratante vive, tiene una calidad doble. En primer lugar, es deudor del asegurador, pues le debe la prima establecida en el contrato. Para efectos prácticos, la prima deberá desglosarse en la parte relativa al riesgo de fallecimiento[604] del asegurado (prima mínima proyectada) y otra parte que se asocia a la confección de una CUI (prima adicional proyectada).[605] Además, pueden existir aportes extraordinarios al "valor póliza" (prima extraordinaria), aun cuando debe recomendarse limitar esta modalidad a montos razonables, de manera de evitar fraudes a acreedores, lavado de activos, exportación de activos hacia la inembargabilidad y otras acciones ilícitas. Normalmente, los contratos no registran en la CUI la totalidad de la aportación en prima extraordinaria y descuentan porcentajes importantes, de manera de no incentivar su uso abusivo o indiscriminado.

La segunda calidad del contratante es la de acreedor del asegurador. En efecto, la compañía "debe" al contratante todo o parte del valor póliza. El contratante tiene un derecho personal que puede ejercer en contra del asegurador recurriendo al llamado "derecho de rescate" total o parcial,

---

[603] La referencia al fallecimiento por "causa natural" excluye de esta limitación a las coberturas por muerte accidental.

[604] Aunque hemos visto que podría desarrollarse un contrato con CUI asociado a riesgos distintos al fallecimiento, como lo reconoce la Circular Nº 2.180.

[605] Se dice proyectada, pues esta cantidad se proyecta al inicio del contrato, pero puede cambiar por diversas razones, como, por ejemplo, que el contratante dejó de pagar primas, que se aumentó el capital asegurado, etc.

conforme lo dispone (aunque erróneamente calificándolo como uno de los derechos del beneficiario) el artículo 596 CCOM. Igualmente, le corresponde el valor póliza al contratante en calidad de acreedor del asegurador en el caso en que el asegurado llegue a la edad máxima de permanencia, caso en que además el seguro termina.[606]

89.14. El "derecho de rescate" del contratante

El derecho de rescate pactado en el contrato consiste en un derecho personal o crédito (artículo 578 CC)[607] que puede ejercer el contratante en la forma y en los momentos pactados en la póliza. El objeto de ese derecho personal es solicitud de reintegro a favor del contratante de la totalidad o parte del "valor póliza" que se encuentra integrado en el patrimonio del asegurador y reflejado en la correspondiente reserva.

Es relevante destacar que el contratante no tiene un derecho real de dominio que le permita la disposición (*ius abutendi*) del dinero acumulado en la CUI, sino que es titular de un derecho personal (no asociado a un riesgo ni a un siniestro) contra el asegurador. Este derecho personal cede en favor del contratante, pero podría ceder a favor de cualquier cesionario de dicha calidad (o de un pignoratario) en el caso en que el contrato lo permita, conforme al artículo 597 CCOM, y no se afecten las normas generales sobre lavados de activos, liberalidades, insinuación de donaciones, etcétera.[608]

Por otra parte, y aunque la terminología de las pólizas y del regulador suele confundir los sujetos del seguro, no son acreedores del derecho de rescate en los seguros con CUI ni el beneficiario ni el asegurado, no obstante que el texto del artículo 596 inciso 3º CCOM se refiere, erróneamente, al derecho de rescate como uno de los derechos del beneficiario.

---

[606] BARRERA MONJE, Alejandro (2015), p. 494, señala que en este caso el seguro se "dotaliza", lo que no es efectivo. No se trata de un siniestro de sobrevivencia, sino de una simple restitución del exceso no afecto a riesgo sin pago de indemnización asociada a riesgo alguno.

[607] Artículo 578 CC. "Derechos personales o créditos son los que sólo pueden reclamarse de ciertas personas, que, por un hecho suyo o la sola disposición de la ley, han contraído las obligaciones correlativas; como el que tiene el prestamista contra su deudor por el dinero prestado, o el hijo contra el padre por alimentos. De estos derechos nacen las acciones personales".

[608] Para la cesión de la póliza, véase *supra* 83 y siguientes.

El pago de la prima opera una transferencia de la propiedad del dinero a la compañía aseguradora, tal como lo describe el artículo 527 CCOM: "El asegurador gana la prima desde el momento en que los riesgos comienzan a correr por su cuenta…". Como consecuencia, y en circunstancias en que todo pago comporta tradición, o al menos es título traslaticio *solvendi causa* de una tradición, el dinero que compone una CUI ingresa al patrimonio del asegurador, y el asegurado lo deja de tener en su patrimonio, no puede prestarlo ni lo puede gastar salvo que pida el reintegro a su patrimonio mediante el ejercicio del derecho personal de rescate total o parcial. Sin perjuicio de lo anterior, la ley permite la pignoración de la póliza en el artículo 597 CCOM.[609]

Por ello, la cuenta única de inversión (CUI), más allá de su denominación vulgar, no constituye un verdadero "ahorro" ni engrosa en dominio el patrimonio del contratante, sino que constituye una especie de registro de saldo respecto de un derecho personal, cuyo objeto está en constante determinación, y que puede ejercerse por el contratante de acuerdo a las formas, oportunidades y modalidades pactadas en el contrato y reconocidas por el artículo 596 CCOM.

Consecuencialmente, el contratante no gana para sí los intereses o emolumentos de cualquier naturaleza mientras el dinero acumulado permanece en el patrimonio del asegurador. De hecho, ese dinero se ingresa a la reserva técnica, que es de propiedad de la compañía aseguradora y no de los contratantes, asegurados ni beneficiarios, conforme lo dispone el artículo 20 del D.F.L. Nº 251 de 1931 y la NCG Nº 306, de 14 de abril de 2011. En concreto, el asegurador debe constituir una reserva de valor del fondo en la parte que corresponda a las obligaciones generadas por las cuentas de inversión en los seguros del segundo grupo que las contemplen.[610] La NCG Nº 306 (III.3.4.1) dispone que esta reserva debe reflejar la obligación de la compañía asociada a la cuenta de inversión a favor del contratante y corresponderá (para cada póliza) al "valor póliza" a la fecha de cálculo de la reserva determinado de acuerdo a las condiciones establecidas en cada contrato, sin deducción de eventuales cargos por rescates que a futuro se produzcan.

---

[609] Sobre la pignoración de la póliza, veáse *supra* 84.

[610] Sobre esta reserva, véase *supra* 13.

Esto trae consecuencias importantes en la tributación, pues mientras haya ganado la prima que compone la CUI, el asegurador es quien debe hacerse cargo de los impuestos a las ganancias de ese dinero que le pertenece, si es que esa ganancia se produce.

La propiedad de la CUI es también importante en lo relativo a la insolvencia, pues el artículo 540 CCOM dispone que "declarada la quiebra del asegurador estando pendientes los riesgos, el asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, en cuyo caso tendrá derecho a la devolución proporcional de la prima, o bien a exigir que el concurso afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido".[611] La norma se refiere a obligaciones entre las que a nuestro juicio dudosamente debe contarse la de restituir el dinero integrado en la CUI (pues no consiste en prima "proporcional" asociada a riesgo). Además, este supuesto derecho a pedir restitución de primas del artículo 540 CCOM, de considerarse existente para el caso de la CUI, no estaría garantizado con la preferencia del artículo 2472 CC, que sólo se establece en caso de siniestros ocurridos.

Por otra parte, y como consecuencia de que la CUI se gana en calidad de prima, los fondos comprendidos en ésta son embargables en favor de los acreedores de la compañía de seguros, pues forman parte de su patrimonio expuesto en prenda general, sin que al contratante le asista derecho respecto de ese dinero a tercería de dominio, posesión ni prelación.[612]

---

[611] Como se trata técnicamente de "prima", debe aplicarse lo dispuesto en el artículo 540 del Código de Comercio. Sobre esto, véase GOLDENBERG, Juan Luis (2015), "Comentario al artículo 540", en *Comentarios*, p. 454: "el asegurador debe restituir al liquidador el importe proporcional de las primas parcialmente pagadas si ellas son superiores al período de cobertura ya transcurrido", cuestión que fundamenta en la interdicción del enriquecimiento injusto del asegurador.

[612] El artículo 22 del D.F.L. Nº 251 dispone como medida de protección a la liquidez y solvencia de las aseguradoras que las inversiones representativas de reservas técnicas no pueden estar afectas a gravámenes, prohibiciones, embargos, litigios, medidas precautorias, condiciones suspensivas o resolutorias, ni ser objeto de ningún otro acto o contrato que impida su libre cesión o transferencia. La ley dispone que, en el evento de que alguna inversión se viere afectada por uno de los gravámenes señalados, la inversión no podrá ser considerada como representativa de reservas técnicas. La misma disposición, y por idénticas razones, se aplica al "patrimonio de riesgo".

89.15. Los llamados "cargos por rescate" en los seguros con CUI. Ilegalidad del criterio del regulador

Todo rescate, total o parcial, produce el efecto de disminuir el "valor póliza". En el caso del rescate total, el valor póliza llega a cero y, como consecuencia de ello, el seguro termina.

Para el caso de los rescates totales y parciales, los contratos solían fijar un costo asociado que, en esta clase de seguros de vida entera, comprende los gastos iniciales en que incurre el asegurador por colocar un nuevo seguro (comisiones, evaluación del riesgo, registro y emisión de pólizas, inversión en instrumentos de largo plazo, entre otros). Este monto, en los primeros años, excede largamente el monto de la prima periódica nivelada y no es traspasado de inmediato al contratante, sino que se va extinguiendo en la medida en que se acumulan las primas pagadas y se realizan los descuentos señalados en la póliza.[613]

De tal manera, si el contratante da por terminado unilateralmente el contrato en virtud del artículo 537 CCOM mediante un rescate total[614] y antes de absorber los costos propios del equilibrio contractual, resulta normal que el asegurador pueda cobrar un cargo asociado a dicho rescate. De hecho, las pólizas solían contar con cargos por rescate total durante un número de años acotado, luego de los cuales el cargo desaparecía.

La Circular Nº 2.180 (II.1.2), a nuestro juicio contrariando el equilibrio económico del contrato, prohibió todo tipo de cargos por rescate total. En el caso de los rescates parciales (que no ponen término consecuencial al contrato de seguro), el fiscalizador no ha manifestado su disposición a prohibirlos.[615]

---

[613] La Circular Nº 2.180 (II.1.1) dispone normas de información sobre cargos, costos de cobertura y otros. Se ordena detallar forma, momento y periodicidad en que se cobrarán tales cargos, y sobre qué monto o base se aplicarán, estableciendo su forma de cálculo.

[614] Contreras, Osvaldo (2014), p. 652, llama a esta forma de terminación que el seguro "queda rescindido".

[615] De hecho, la Circular Nº 2.180 en su numeral II.2.4 lo reconoce y dispone la obligación de determinarlo en las condiciones particulares de la póliza.

Además del argumento económico basado en el equilibrio contractual de los contratos a largo plazo para fundamentar los cargos por rescate total, hoy prohibidos por el regulador, existe un argumento legal. En efecto, el inciso 3º del artículo 596 CCOM establece que en la póliza se deben "regular los derechos de rescate y de reducción de la suma asegurada, de modo que el asegurado pueda conocer en todo momento el correspondiente valor de rescate o de reducción". De la simple lectura de la norma se aprecia que el legislador ha facultado a las partes para determinar libremente los derechos y valores de rescate en la póliza, en la medida en que el asegurado lo pueda conocer en todo momento, sin que el regulador pueda alterar esta regla legal por medio de una circular o en virtud de sus facultades interpretativas.

Asimismo, los gastos por terminación anticipada en los productos financieros están permitidos expresamente tratándose de productos financieros regulados por la LPDC. El artículo 17 B LPDC dispone: "Los contratos de adhesión (…) deberán especificar como mínimo, con el objeto de promover su simplicidad y transparencia, lo siguiente: C) La duración del contrato o su carácter de indefinido o renovable automáticamente, las causales, si las hubiere, que pudieren dar lugar a su término anticipado por la sola voluntad del consumidor, con sus respectivos plazos de aviso previo y cualquier costo por término o pago anticipado total o parcial que ello le represente".[616]

A su turno, el artículo 17 D de la misma ley determina: "Los proveedores de servicios financieros pactados por contratos de adhesión deberán comunicar (…) el costo total que implica poner término al contrato antes de la fecha de expiración originalmente pactada…" (inciso 1º). Agrega el inciso 3º: "Los consumidores tendrán derecho a poner término anticipado a uno o más servicios financieros por su sola voluntad y siempre que extingan totalmente las obligaciones con el proveedor asociadas al o los servicios específicos que el consumidor decide terminar, incluido el costo por término o pago anticipado determinado en el contrato de adhesión".[617]

---

[616] La norma tiene su origen (aunque con redacción sólo referida a los contratos indefinidos) en las Indicaciones del Ejecutivo de 1 de octubre de 2010 al entonces art. 16 bis y ter. *Historia de la Ley Nº 20.555*, p. 155.

[617] La norma del artículo 17 B parece contradictoria con la del 17 D, pues la primera exige expresar en el contrato las causas de su terminación anticipada por parte del consumidor y la

Como se puede apreciar, incluso si se entendiera que el cargo por rescate total fuera un "cobro" o condición para el ejercicio unilateral del derecho del contratante para poner término al contrato de seguro de vida con CUI, como ha interpretado erróneamente la SVS (hoy CMF), la legislación nacional relativa a contratos de esta clase, particularmente si son indefinidos,[618] permite este cobro, en la medida en que esté pactado clara y previamente en la póliza respectiva.[619]

89.16. Inembargabilidad de la póliza y de la indemnización en los seguros de vida. Situación de las primas pagadas. Importancia en los seguros con CUI

Dada la importancia que suele darse a esta cuestión en la publicidad, comercialización y contratación de seguros de vida, es necesario analizar sus alcances.

El artículo 445 Nº 6 CPC dispone: "No son embargables las pólizas de seguro sobre la vida y las sumas que, en cumplimiento de lo convenido en ellas, pague el asegurador. Pero en este último caso, será embargable el valor de las primas pagadas por el que tomo la póliza".

En primer término, el artículo 445 Nº 6 CPC es una norma de excepción al derecho de prenda general de los acreedores, por lo que sus alcances deben ser interpretados de forma restrictiva. De su tenor literal se advierte que la inembargabilidad sólo tiene aplicación en seguros de vida, lo que debe entenderse aplicable, a falta de distinción legal, a toda clase de seguros

---

segunda lo permite a todo evento. La razón de esta contradicción, como apunta Goldenberg, Juan Luis (2013), "Comentario al artículo 17 D", en *La protección de los derechos de los consumidores*, p. 428, es que el texto original del 17 D sólo se refería a los contratos indefinidos, como es, agregamos nosotros, un seguro de vida.

618 Goldenberg, Juan Luis (2013), p. 428.

619 El cobro no puede ser desproporcionado ni poco justificable, aunque se indique en el contrato, pues debe resguardarse el "equilibrio contractual". Así ha sido fallado, por ejemplo, en "Entel PCS con Subsecretario de Telecomunicaciones", 29 de abril de 2009, ingreso Nº 660-2003, como apunta Goldenberg, Juan Luis (2013), p. 429.

de vida, y por ello alcanza tanto a los seguros de fallecimiento (y a los de muerte accidental) como a los seguros de sobrevivencia.[620]

Nos parece que la disposición legal no hace más que dar por cierto que lo pagado como precio del seguro (o prima) ingresa al patrimonio de la compañía aseguradora, razón por la cual queda fuera del alcance de los acreedores del contratante.[621]

La inembargabilidad legal de la póliza de vida resulta muy relevante en los seguros de fallecimiento con prima nivelada y, entre ellos, particularmente, en los seguros con cuenta única de inversión (CUI). En esta última modalidad, como hemos revisado, el contratante transfiere al asegurador, según los términos establecidos en el contrato, una cantidad a veces muy importante de dinero, que se registra a su favor en la compañía de seguros como "valor póliza". Según dispone la Circular Nº 2.180, de 25 de junio de 2015, el dinero destinado a la CUI es una aportación en prima.[622] El contratante tiene sobre el valor póliza un derecho de rescate, total o parcial, que puede ejercer según los términos pactados en el contrato.

Así, la prima (sea de riesgo o imputada a una determinada inversión o CUI) ingresa al patrimonio del asegurador y se gana para éste desde que los riesgos de fallecimiento comienzan a correr según el artículo 527 CCOM, por lo que la aportación a la CUI queda naturalmente fuera del alcance de los acreedores.

Según indica el artículo 445 Nº 6 CPC, la inembargabilidad opera sobre las pólizas y las sumas que en cumplimiento de lo convenido en esas mismas

---

620 En relación con los fondos acumulados en un seguro con CUI afecta a APV, el artículo 20 D del D.L. Nº 3.500 dispone: "Los recursos mantenidos por los afiliados en cualquier plan de ahorro previsional voluntario serán inembargables".

621 En caso de cumplirse los requisitos, los acreedores podrán intentar acciones revocatorias con el fin de reintegrar los bienes exportados al derecho de prenda general, lo que sobre todo podría darse en las aportaciones en primas excesivamente elevadas y ocasionales, también llamadas primas extraordinarias.

622 La Circular Nº 2.180 define lo que debe entenderse por indemnización en los seguros con CUI y dispone: "La compañía de seguros paga una indemnización en caso de siniestro cuyo monto es una función del capital asegurado y de la cuenta única de inversión, definida en la póliza".

pólizas pague el asegurador. En tal sentido, la inembargabilidad no sólo es sobre la indemnización que cede eventualmente a favor del beneficiario, que como veremos no es absoluta, sino que sobre "la póliza", esto es, sobre la titularidad y los derechos de contratante.

Lo anterior es de suma relevancia, pues la inembargabilidad de la suma que el asegurador se obligó a pagar al beneficiario no es total. La ley declara embargable todo lo que el contratante pagó o alcanzó a pagar como prima al asegurador. En ese sentido, si las primas pagadas exceden el valor de la indemnización, toda la cantidad a indemnizar será embargable. Si la suma de las primas pagadas es inferior al monto a indemnizar, regirá la inembargabilidad, aunque sólo por la diferencia.

89.17. La inembargabilidad opera respecto de las deudas del contratante y no de las del beneficiario

El texto del artículo 445 Nº 6 CPC, con todo, no resuelve una cuestión fundamental: ¿son las deudas del contratante o las del beneficiario las que quedan fuera del derecho de prenda general? Pensamos que es evidente que se trata de deudas del contratante. Si el beneficiario tuviere sus propias deudas y recibiere una indemnización por seguro de vida, no se vislumbra razón alguna para excluirlas del derecho de prenda general, una vez operado el pago efectivo a su favor.

Si bien el beneficiario, mientras sea acreedor potencial de un seguro de vida, no ha ingresado derecho alguno a su patrimonio, una vez que gana la indemnización, ésta se confunde con su patrimonio, y cede a favor de sus acreedores eventuales como cualquier cantidad de dinero, sin que pueda impetrar beneficios de separación ni de orden de ninguna especie en contra de sus acreedores propios, titulares del derecho de prenda general del artículo 2465 CC.

En tal sentido, debemos recordar que el artículo 596 CCOM señala que "para todos los efectos legales, el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él podrá reclamar del asegurador la prestación convenida". Lo anterior acarrea como natural consecuencia que el derecho de prenda general de los acreedores del

beneficiario no alcanza ni podría alcanzar una indemnización que no ha nacido "para todos los efectos legales", pero sí alcanza al dinero que le es pagado y que ingresa a su patrimonio *solvendi causa*.

Lo que el beneficiario recibe a título de indemnización es el capital asegurado de riesgo más, en los casos en que se contemple una CUI, la integridad del valor póliza. En ese sentido, los fondos acumulados en la CUI integran la obligación condicional de indemnizar del asegurador. La CUI está formada en una parte importante por aportación de primas, por lo que el beneficiario deberá soportar un eventual embargo decretado por las deudas del contratante hasta completar la suma de tal aportación, sin intereses ni reajustes. Toda la indemnización "por riesgo" o capital asegurado por muerte, sobrevivencia y/o muerte accidental, así como las rentabilidades de la CUI quedarán íntegramente sujetos al privilegio de inembargabilidad del artículo 445 Nº 6 CPC.

Como afirmara Osvaldo Contreras, este mecanismo, que juzgamos muy bien pensado por el legislador con el objeto de evitar fraudes, "deja fuera del privilegio a una parte del valor de la indemnización, que puede ser muy importante según el tipo de la póliza, el monto y antigüedad de la misma y en consecuencia, la cuantía de las primas pagadas". En los seguros con CUI, el monto a embargar puede ser muy elevado, dependiendo de la antigüedad de la póliza y de las aportaciones extraordinarias hechas a ésta, que, como se ha indicado, consisten precisamente en primas.

Todas las circunstancias relativas a la inembargabilidad del seguro de vida, circunstancias deben ser informadas a los clientes en cumplimiento a las normas sobre publicidad de los seguros de esta clase contempladas en la Circular Nº 2.180 y a las demás disposiciones sobre conducta de mercado, como la NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2016, entre otras disposiciones.

89.18. Embargabilidad del rescate total o parcial de los seguros de vida con CUI

Mientras el dinero asociado a una CUI se encuentre el poder del asegurador en calidad de prima ganada es inembargable. Un problema importante surge desde el momento en que el contratante instruye y obtiene un rescate total o parcial desde la CUI.

El pago de un rescate es, en estricto sentido, una "suma que paga el asegurador en cumplimiento a lo convenido en un seguro de vida", por lo que tales sumas no entrarán en el derecho de prenda general de sus acreedores. Sin embargo, hemos visto más arriba que el artículo 445 Nº 6 CPC dispone expresamente que sí son embargables los montos correspondientes a las primas pagadas por el que tomó la póliza.

Lo anterior se traduce en que los acreedores del contratante podrán embargar la parte del rescate (o parte del valor póliza rescatado) correspondiente a las "primas pagadas", suma que usualmente corresponderá a una buena cantidad o incluso a toda la CUI, dependiendo de la rentabilidad de ésta. Debe considerarse excluida de la traba del embargo toda rentabilidad asociada a la CUI, pues ninguna rentabilidad puede considerarse que constituya "parte de la prima", debiendo regir respecto de todo aumento la regla general de inembargabilidad.

89.19. Derechos auxiliares de los acreedores. Revocación y medidas conservativas

La inembargabilidad legal no obsta a que los acreedores del contratante puedan pedir la revocación de los aportes en prima cuando se cumplan los requisitos legales, particularmente cuando se trate de evidentes fraudes con el objeto de burlar el derecho de prenda general.

En efecto, si un deudor quisiera distraer fondos mediante un depósito en su CUI (por ejemplo, en calidad de aporte extraordinario), los acreedores podrán ejercer las acciones revocatorias del artículo 2468 Nº 2 CC, en la medida en que prueben el perjuicio propio y la mala fe del deudor. La solicitud de revocación no puede superar la suma defraudada, pues, de lo contrario, se burlaría la inembargabilidad establecida como regla general.

90. Otros derechos del contratante en los seguros de vida

A continuación, analizaremos algunos derechos del contratante contemplados en algunas pólizas de seguro de vida.

90.1. Seguro de vida saldado (o derecho a saldar la póliza)

Esta modalidad de seguro de vida permite al contratante "convertir" el contrato de seguro de fallecimiento en un seguro del mismo tipo, pero con un capital asegurado reducido que es determinado en un "cuadro de valores garantizados" previamente establecidos en las condiciones particulares de la póliza. Si bien la Ley Nº 20.667 no se refiere expresamente a este derecho, el artículo 8° del D.F.L. Nº 251 lo menciona como uno de los contratos que pueden celebrar u ofrecer las compañías "del segundo grupo",

Se trata de una especie de derecho a reducción de la suma asegurada que se establece a favor del contratante. Este derecho, por disposición del artículo 596 inciso 3º CCOM, deberá siempre estar expresamente regulado en la póliza, de manera que el contratante pueda conocer su valor en cualquier momento. El derecho a saldar la póliza es materia de condiciones generales, en circunstancias en que el cuadro de valores garantizados aparecerá, como es obvio, en las condiciones particulares de la póliza.

Para ejercer el derecho a saldar el seguro, las pólizas establecen que el contratante debe haber permanecido una cantidad mínima de años en el seguro, sin que, a su vez, haya solicitado préstamos con cargo a la póliza que se encuentren pendientes de pago.

Una característica importante de esta modalidad es que, una vez ejercida la opción de saldar el seguro, el contratante no tendrá la obligación de pagar las primas hasta el término de la cobertura, o hasta la muerte del asegurado, en su caso.

90.2. Seguro prorrogado (o derecho a prorrogar la póliza)

Una modalidad parecida al seguro saldado, pero sin reducción de capital asegurado, es el derecho a prorrogar el seguro. Se trata de una modalidad del seguro de vida en que el contratante tiene una opción para continuar en el contrato por el mismo capital asegurado sin que luego de ejercida esta opción de prórroga deba continuar pagando prima. Básicamente, y en la medida en que el contratante haya cumplido un número relevante de años en el contrato y decida ejercer el derecho a prorrogar el seguro, la cobertura se mantiene idéntica, pero sin obligación de pago de primas.

Con todo, ejercida esta opción, el plazo de vigencia del seguro se ajustará a un período previamente establecido en el cuadro de "valores garantizados", contenido en las condiciones particulares de la póliza.

Si el asegurado sobrevive al plazo ajustado, recibirá en su calidad de beneficiario la suma señalada como capital diferido también conforme al referido "cuadro de valores garantizados", que está comprendido en las condiciones particulares de la póliza.

Si antes de expirar el plazo por el cual quedó prorrogado el seguro ocurre el fallecimiento del asegurado, el capital asegurado se pagará a el o a los terceros beneficiarios. Como en toda clase de modificaciones de este tipo, la opción o derecho de prorrogar el seguro no se puede ejercer si el contratante mantuviere un préstamo vigente no pagado con el asegurador.

90.3. Seguros con derecho a conversión

Otro derecho del contratante que puede concurrir en las pólizas de seguro de vida es el que le asiste para cambiar la cobertura, con la característica de que en este caso no se le exigirá renovar o cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad.

Obviamente que, para evitar los fraudes, las pólizas no contemplarán la opción para convertir la cobertura a un mayor capital asegurado o a un mayor plazo. En los seguros para el caso de muerte, será frecuente que, para ejercer la modificación del riesgo o conversión, los dos años del artículo 598 inciso 2º (cobertura del suicidio) se deban volver a computar, particularmente si se aumenta el capital asegurado.

La consecuencia de la conversión es que, al consistir en una modificación sustancial del riesgo, generará una diferencia de prima que corresponda a la nueva cobertura que deberá ser soportada por el contratante.

90.4. Rehabilitación o readmisión

Salvo que se pacte expresamente como tal, la readmisión o rehabilitación es un derecho del asegurador que opera a solicitud del contratante.

Este mecanismo consiste en la readmisión del contratante una vez que el seguro ha terminado por falta de pago de las primas, conforme lo dispone el artículo 537 CCOM.[623]

Cada vez que el asegurador ponga término anticipadamente al contrato de seguro por no pago de prima, el contratante puede solicitar al asegurador (normalmente dentro de un plazo máximo) su rehabilitación o readmisión en el mismo contrato, bajo los términos de la cláusula de rehabilitación que se haya pactado en la póliza.

Pero incluso si se pactase como un derecho del contratante en la póliza, todo asegurador diligente debiera establecer en el mismo contrato requisitos para la readmisión adicionales al simple pago de las primas atrasadas. De esta manera, cada vez que el asegurador reciba una solicitud de rehabilitación debería exigir al contratante acreditar (nuevamente) las condiciones de asegurabilidad y el pago retroactivo de la prima vencida, con los correspondientes intereses y reajustes. De igual forma, resulta evidentemente justo que, para ser readmitido a un seguro, se practiquen nuevos exámenes médicos y se someta al candidato a la readmisión a un nuevo cuestionario de salud.

La póliza podrá establecer el cobro de gastos especiales de rehabilitación, así como el pago anticipado de los préstamos u otras obligaciones vencidas no satisfechas.[624] Asimismo, en los seguros para el caso de muerte, dado que ha operado una terminación, es conveniente señalar en el mismo contrato que el plazo para contabilizar los dos años del artículo 598 inciso 2º (cobertura del suicidio) se debe volver a computar.

Si la rehabilitación no se ha pactado como un derecho del contratante, o si se ha pactado como un derecho sujeto a aceptación de la compañía (que es lo más razonable), el asegurador no puede ser compelido a renovar la cobertura por el solo hecho de recibir las primas devengadas. En el caso en que el seguro haya caducado, todo lo recaudado en calidad de

---

[623] Para esta clase de terminación, véase *supra* 68.12.

[624] Puede contemplarse como gasto de la rehabilitación completar la reserva matemática. Para la reserva matemática, véase *supra* 12.

prima por períodos posteriores a la terminación operada conforme a lo dispuesto en el artículo 537 CCOM deberá ser restituido al contratante en los términos de la Circular Nº 2.114 de 2013, esto es, dentro del plazo de 10 días hábiles de haber tomado conocimiento del término del seguro, informando la existencia de la suma a disposición del contratante o a quien la haya soportado por él.[625] Si hubiera rehabilitación, no habrá obligación de restituir nada.

Si el contratante estuviera en mora del pago de las primas, pero el asegurador no hubiese dado inicio al procedimiento de terminación del contrato establecido en el artículo 537 CCOM, no puede hablarse propiamente de rehabilitación o readmisión, pues, simplemente, el seguro no ha terminado. En este caso, el asegurador no podrá exigir renovar las condiciones o requisitos de asegurabilidad, manteniendo sólo el derecho a cobrar la prima devengada con sus correspondientes intereses, reajustes y los eventuales gastos de cobranza establecidos en el artículo 37 LPDC, si se cumplen los requisitos establecidos en dicha norma.

91. Prohibición de terminación unilateral del seguro de vida. Objeto ilícito del pacto que lo permita

Al analizar la terminación del contrato de seguro de personas, hemos señalado que el seguro de vida constituye una excepción importante a las reglas establecidas en el artículo 537 CCOM.[626]

El artículo 600 CCOM indica expresamente: "En los seguros de vida le estará prohibido al asegurador poner término anticipado al contrato a su sola voluntad". Se trata de una norma prohibitiva, aplicable a toda clase de seguros de vida y no sólo a los de fallecimiento y a los de vida entera. Por tratarse de una norma prohibitiva, todo pacto que permita al asegurador poner término al seguro de vida a su sola voluntad debe considerarse nulo por el vicio del objeto (artículos 10 y 1466 CC).

---

[625] Véase *supra* 56.15.

[626] Véase *supra* 68.15.

Para el caso del seguro de muerte accidental, y a pesar de que la ley lo califica como un seguro de accidentes personales y no de vida en el artículo 588 inciso 4º CCOM, resulta natural afirmar que queda igualmente prohibido al asegurador ponerle término unilateral a su sola voluntad. En efecto, la evidente e íntima vinculación del seguro de muerte accidental con las coberturas de simple fallecimiento no puede admitir otra conclusión.[627]

Cualquier cláusula contractual o decisión del asegurador que violente el texto del artículo 600 CCOM carece de valor en relación con la cobertura, la que se deberá entender vigente hasta la terminación legal del contrato.

92. TRIBUTACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

El régimen de tributación especial que la ley concede al seguro de vida se ha transformado en uno de los incentivos más relevantes para la contratación de esta clase de productos, por sobre otros mecanismos de inversión que ofrece el mercado. En este entendido, el seguro de vida opera como un producto verdaderamente financiero.

Si tenemos en consideración la NCG Nº 420, de 16 de octubre de 2017, sobre CdM, la Circular Nº 2.180, sobre seguros con CUI, así como algunos oficios ordinarios emanados del SII, debemos centrar el análisis de esta cuestión tanto en la forma y modalidades en que se ofrecen los seguros de vida al público (particularmente los con CUI), las promociones y la publicidad, y, últimamente, en el criterio oscilante del fiscalizador tributario.

El artículo 17 número 3º LIR dispone: "No constituyen renta: 3º. Las sumas percibidas por el beneficiario o asegurado en cumplimiento de contratos de seguros de vida, seguros de desgravamen, seguros dotales o seguros de rentas vitalicias durante la vigencia del contrato, al vencimiento del plazo estipulado en él o al tiempo de su transferencia o liquidación. Sin embargo, la exención contenida en este número no comprende las rentas provenientes de contratos de seguros de renta vitalicia convenidos con los fondos capitalizados en Administradoras de Fondos de Pensiones, en conformidad a lo dispuesto en el Decreto Ley Nº 3.500, de 1980".

[627] Sobre esta relación, véase *infra* 95.2.

a) Titulares de la exención

Si se analiza el texto del inciso 1º del artículo 17 LIR, resulta claro que son titulares de esta exención tributaria tanto el asegurado como el beneficiario, distinción que sólo puede entenderse porque el legislador tuvo en mente la existencia de beneficiarios que son distintos del asegurado, lo que es más común (pero no exclusivo) en los seguros de fallecimiento.

Así, un tercero beneficiario de un seguro de vida cualquiera, o un banco beneficiario de un seguro de desgravamen, no quedarán gravados con impuestos a la renta por lo que la ley llama "sumas percibidas en cumplimiento de contratos de seguro", sea que esa suma se reciba durante la vigencia del contrato, al vencimiento del plazo o como consecuencia de su transferencia o liquidación.

b) Restricción de los seguros dotales

La exención general del inciso 1º del artículo 17 LIR, sin embargo, tiene una importante regulación restrictiva en el inciso segundo, agregado por la Ley Nº 19.768, referida a los seguros "dotales". Lamentablemente, ni el legislador tributario ni el mercantil han definido seguro dotal, lo que ha traído no pocos inconvenientes. Según se indica en el Oficio Nº 98 del SII, del año 2010, la entonces llamada SVS, hoy subrogada por la CMF, le informó al propio SII que debe entenderse por seguro dotal "aquel que cubre el riesgo de muerte durante un determinado plazo, otorgando el pago de un capital si el asegurado fallece durante ese período o si el asegurado sobrevive a ese período se paga la indemnización pactada", vale decir, la SVS (y el SII, en consecuencia) identificaron el "seguro dotal" con una forma de seguro "mixto", aunque limitado a aquellos de plazo superior a cinco años.

La regla incorporada en el inciso 2º del artículo 17 LIR se refiere, evidentemente, al pago del capital o capitales por sobrevivencia en el seguro (o seguros) de esta clase hechos al "perceptor". Del tenor literal de la norma se colige que el legislador ha supuesto que el "perceptor" es, además, quien ha contratado el seguro ("contratados por el perceptor", "contratados por el contribuyente"), lo que lleva a pensar que la exención parcial sólo se aplica al contratante que sea, a su vez, beneficiario del pago o "dote" por

sobrevivencia y no a un tercero. Asimismo, resulta claro que la tributación del capital por fallecimiento debe seguir la suerte del inciso 1º, vale decir, la de la exención total.

El inciso 2º del artículo 17 Nº 3 LIR dispone que la exención se aplicará también "a aquellas cantidades que se perciban en cumplimiento de un seguro dotal, en la medida que éste no se encuentre acogido al artículo 57 bis, por el mero hecho de cumplirse el plazo estipulado, siempre que dicho plazo sea superior a cinco años, pero sólo por aquella parte que no exceda anualmente de diecisiete unidades tributarias mensuales, según el valor de dicha unidad al 31 de diciembre del año en que se perciba el ingreso, considerando cada año que medie desde la celebración del contrato y el año en que se perciba el ingreso y el conjunto de los seguros dotales contratados por el perceptor. Para determinar la renta correspondiente se deducirá del monto percibido, acrecentado por todas las sumas percibidas con cargo al conjunto de seguros dotales contratados por el contribuyente debidamente reajustadas según la variación del índice de precios al consumidor ocurrida entre el primero del mes anterior a la percepción y el primero del mes anterior al término del año respectivo, aquella parte de los ingresos percibidos anteriormente que se afectaron con los impuestos de esta ley y el total de la prima pagada a la fecha de percepción del ingreso, reajustados en la forma señalada. Si de la operación anterior resultare un saldo positivo, la compañía de seguros que efectúe el pago deberá retener un 15 % de dicho saldo, retención que se sujetará, en lo que corresponda, a lo dispuesto en el párrafo 2º del Título V de esta ley. Con todo, se considerará renta toda cantidad percibida con cargo a un seguro dotal, cuando no hubiere fallecido el asegurado, o se hubiere invalidado totalmente, si el monto pagado por concepto de prima hubiere sido rebajado de la base imponible del impuesto establecido en el artículo 43".

c) El seguro de vida no es donación, ni siquiera para efectos tributarios

En circunstancias en que el SII ha dictado el Oficio N° 1.535, de 6 de julio de 2017, referido a esta materia, es necesario tener en cuenta el artículo 20 de la Ley Nº 16.271, sobre impuesto a las herencias y donaciones (LIHAD), que dispone: "Las disposiciones de la presente ley no afectarán a los seguros de vida, a las cuotas mortuorias, ni a los desgravámenes

hipotecarios establecidos en forma de seguro de vida". Como se aprecia, la LIHAD tampoco distingue la modalidad del seguro de vida, a la que declara no afectar.

d) Normativa tributaria administrativa que regula esta materia

A todas las normas anteriormente transcritas deben agregarse una serie de disposiciones de carácter interpretativo emanadas del SII, fundamentalmente el Oficio Ordinario Nº 2.800 de 1996; la Circular Nº 28 de 3 de abril de 2002 (referida exclusivamente a los seguros dotales del inciso 2º del Nº 3 del artículo 17 LIR); el Oficio Nº 944 de 15 de marzo de 2006 (referido, nuevamente en exclusiva a los seguros dotales del inciso 2º del Nº 3 del artículo 17 LIR), y, finalmente, el Oficio Ordinario Nº 98 de 20 de enero de 2010, sobre seguros de vida que incorporen rentabilidad distinta al evento de la muerte del asegurado y a los seguros dotales en particular, este último oficio contestando una consulta hecha por la Asociación de Aseguradores de Chile A.G.

Por su importancia e impacto, debe analizarse detalladamente el Oficio Ordinario Nº 1.535, de 6 de julio de 2017. Pensamos que el análisis del articulo 17 Nº 3 inciso 1º LIR debe llevarnos a poner atención en la prestación del asegurador, en la medida en que esta consiste en el pago de una "suma de dinero" a cualquiera de los dos sujetos del contrato (beneficiario o asegurado), tanto para el caso de siniestro como para el de terminación del seguro, transferencia de éste, o, finalmente, de "liquidación".

Vale decir, para quedar exento no es necesario que se verifique un pago como consecuencia de "la ocurrencia del riesgo o evento dañoso previsto en la póliza" (artículo 513 letra x) CCOM), sino que la exención también cubre el pago por la terminación del seguro por retiro de la CUI (terminación y liquidación), y las sumas recibidas por cesión onerosa del contrato. Si el seguro era "dotal", la exención del capital por sobrevivencia será parcial en los términos estrictamente establecidos en el inciso 2º de la misma norma.

Pese a la claridad de los textos legales (y de la propia interpretación del SII en anteriores actos administrativos), el Oficio Ordinario Nº 1.535 contiene una serie de conclusiones interpretativas obtenidas de un análisis algo liviano de las normas tributarias que regulan los seguros de vida,

concretamente los artículos 17 Nºs. 3 y 9, los artículos 20 Nº 2 y 41 LIR y el artículo 20 de la LIHAD.

El Oficio Ordinario Nº 1.535 fija un criterio opuesto al antes establecido por el mismo SII en su Oficio Ordinario Nº 98, de 20 de enero de 2010, en el que, para el caso de los seguros no dotales, manifestó que "no sería legalmente fundado diferenciar su tratamiento tributario del que corresponde a un seguro de vida, considerando que en esta situación, ambos seguros no difieren sustancialmente, y que el inciso primero del Nº 3 del artículo 17 de la Ley sobre Impuesto a la Renta los trata conjuntamente" (Nº 4 párrafo 2°) y que "teniendo en consideración que la Superintendencia del ramo calificó los modelos de pólizas acompañados como seguros con cuenta única de inversión, que combinan protección con ahorro, los que no pueden ser calificados como dotales, pues la indemnización sólo se paga en el evento de deceso del asegurado, sin que contemplen una indemnización en caso que el asegurado sobreviva al término del seguro, debe concluirse que ellos deben seguir el tratamiento tributario previsto en el inciso primero del artículo 17 Nº 3 de la Ley sobre Impuesto a la Renta".

Como se aprecia, el Oficio Ordinario Nº 98 manifestaba en 2010 que el SII opinaba que cualquier tipo de pago a un tercero beneficiario de un seguro de fallecimiento (con o sin CUI) gozaba de pleno carácter indemnizatorio y, por ello, de la exención total establecida en la LIR.

A su turno, el Oficio Nº 2.800 de 1996 disponía esta misma regla al resolver una consulta relativa a la indemnización por seguro de vida hecha a un tercero (persona jurídica empleador) que contemplaba a favor de éste un "retiro de capital e intereses". Dispuso: "3.- En cuanto a la situación planteada en la letra b) del citado Nº 1, se expresa que los retiros de capital e intereses efectuados o percibidos por la sociedad beneficiaria del seguro, durante la vigencia del contrato o cumplido el plazo establecido, conforme a lo dispuesto por la misma norma legal antes mencionada, tampoco constituyen renta para la empresa que los percibe como beneficiaria del contrato de seguro, a menos que sea aplicable en la especie lo establecido por el Nº 11 de la letra b) del artículo 57 bis de la Ley de la Renta, que señala que lo dispuesto en el Nº 3 del artículo 17 de la ley antes mencionada, no será aplicable respecto de las indemnizaciones o retiros de seguros de vida, en la parte que corresponda a cuentas de ahorro acogidas al mecanismo establecido en la citada letra b) del artículo 57 bis".

e) Tratamiento de las indemnizaciones por siniestro de fallecimiento a favor de un tercero beneficiario en el seguro con CUI en el Oficio Ordinario Nº 1.535 de 2017

El SII distingue entre los casos de indemnizaciones pagadas a terceros beneficiarios en caso de siniestro y el caso en que se pacte un "valor rescatable" a favor del tercero beneficiario correspondiente a lo que llama "los montos ahorrados o invertidos". Llamaremos a este criterio el "nuevo criterio de la donación encubierta" y se traduce en que el SII concluye que, en lo tocante "a la aplicación de la LIR a las indemnizaciones que se perciban por los beneficiarios producto de la muerte del asegurado, en el marco del contrato de seguro, ellas deben considerarse ingreso no constitutivo de renta (…) independientemente de las cláusulas accidentales incorporadas al contrato". Vale decir, el SII no tiene dudas de que debe regir a este respecto la exención tributaria del inciso 1º del Nº 3 del artículo 17 LIR, lo que se encuentra en consonancia con las interpretaciones contenidas en los Oficios Ordinarios Nºs. 2.800 y 98, antes citados.

El problema (y la diferencia con el criterio largamente asentado) aparece cuando el Oficio Ordinario Nº 1.535 determina la suerte tributaria de la parte de la indemnización constituida por el "valor póliza", pagadera a ese mismo tercero en caso de fallecimiento o de sobrevivencia, pues determina que respecto de esa parte de la prestación del asegurador existe una donación.

A esos efectos, el SII señala: "… cuando se pacte en favor de un tercero beneficiario un valor rescatable a todo evento correspondiente a los montos ahorrados e invertidos por el asegurado [debe decir "contratante"], sea en caso de muerte o sobrevivencia de éste, se trata de la disposición gratuita de bienes a favor de terceros, que cae dentro del concepto amplio de donación contemplado por la ley, y en consecuencia, dicha suma califica como un ingreso no constitutivo de renta para el beneficiario, conforme a lo dispuesto en el Nº 9, del artículo 17 de la LIR". No se trata de la cesión del derecho a rescatar (caso en que podría sostenerse el criterio del SII), sino del derecho a la indemnización, lo que, en cambio, no puede sustentarse desde un punto de vista técnico.

Pensamos que la conclusión del SII no puede ser aceptada, pues la designación de uno o más beneficiarios *por siniestro* no corresponde al arquetipo

contractual de la donación ni a la figura liberal de la donación *mortis causa*, tal como lo hemos analizado al estudiar los sujetos del contrato de seguro.

La interpretación del SII debe ser leída con especial cautela, ya que la calificación de donación que hace de la designación de un tercero beneficiario abre la puerta a la aplicación del impuesto a las donaciones (LIHAD) en contravención al propio texto legal vigente, pues restringe la exención del impuesto a las donaciones del artículo 20 de la LIHAD sólo a los pagos que el SII identifica como "sumas indemnizatorias", vale decir, sólo a los pagos correspondientes al "capital asegurado". Todo lo que exceda al capital asegurado, vale decir, lo que el SII llama los "valores rescatables a todo evento correspondientes a montos ahorrados o invertidos", quedaría, en criterio de dicho servicio, afecto al impuesto respectivo.

La conclusión anterior tropieza con una serie de problemas. En primer término, el arquetipo contractual donación (en cualquiera de sus formas) no puede ser aplicado al caso de nombramiento de tercero beneficiario en un seguro de vida. El nombramiento de un tercero beneficiario es un derecho del contratante establecido en el artículo 593 CCOM, que da derecho *ex lege* a adquirir una indemnización calificada por la Circular Nº 2.180 como "una función del capital asegurado y la CUI". Tal es la suma pagada, exenta por disposición del inciso 1º del Nº 3 del artículo 17 LIR. Además, la conclusión del SII se opone a la doctrina anterior del mismo servicio sobre esta misma materia.

Finalmente, es necesario recordar que el artículo 17 Nº 3 de la LIR no señala que la exención deba aplicarse exclusivamente a las "indemnizaciones", sino a las "sumas percibidas", haciendo aplicable la exención a la "liquidación del seguro", lo que contempla el caso de la restitución o pago del valor póliza. Asimismo, el artículo 20 de la LIHAD no distingue entre sumas indemnizatorias o no, sino que se refiere al seguro de vida en general.

f) Tributación de los rescates según el Oficio Ordinario Nº 1.535

El SII ha dispuesto: "Si lo que se paga al asegurado [debe decir "contratante"] en virtud del contrato pactado no corresponde a la indemnización por causa de la muerte, sino que corresponde a retiros o rescates que el asegurado [debe decir "contratante"] pueda efectuar de sumas provenientes

del componente de ahorro u otras inversiones que las partes han incorporado en la misma convención, la rentabilidad o interés que se obtenga constituye una renta que se clasifica en el artículo 20 Nº 2 de la LIR, debiendo por lo tanto, sujetarse al tratamiento tributario que para dichas sumas contempla este mismo texto legal; y cuya base imponible se deberá determinar conforme a su artículo 41 bis".

Pensamos que sólo en el eventual caso en que el derecho de rescate del contratante se cediera a un tercero gratuitamente, tal cesión comportaría donación, pues en otro caso debe primar el texto legal, que claramente exime los rescates y las cesiones onerosas.[628]

g) Necesidad legal de estabilidad del criterio del SII

Según Bermúdez,[629] en el ordenamiento jurídico existe la necesidad de permanencia en la regulación y aplicación de las normas jurídicas. Esta necesidad obliga a la administración a actuar de manera que no provoque una alteración en la interpretación que ella misma viene dando a las normas o un cambio en la manera de regular o de resolver. A este respecto, la Administración sólo estaría legítimamente autorizada para realizar esos cambios si respeta, entre otros, la confianza que los administrados tienen en su forma o dirección de la actuación. Los actos de la administración, sobre todo si su finalidad es determinar una determinada interpretación, deben respetar la buena fe y, por ello, no se ajusta a la legalidad cambiar un criterio asentado hace más de 20 años sin respetar las normas sobre invalidación establecidas en la Ley Nº 19.880, los derechos adquiridos y el principio de los actos propios.[630]

---

[628] Para la cesión a título gratuito y oneroso, véase *supra* 83.2.

[629] Bermúdez, Jorge (2010), *Derecho administrativo general*, Santiago de Chile, LegalPublishing, pp. 91 y ss.

[630] En ese sentido, el artículo 53 de la Ley Nº 19.880 establece: "La autoridad administrativa podrá, de oficio o a petición de parte, invalidar los actos contrarios a derecho". Esta facultad queda, con todo, afecta a tres limitaciones, las que no han comparecido con la dictación del Oficio Ordinario Nº 1.535. La primera es que el acto administrativo sea contrario a derecho, lo que no puede predicarse de los oficios Nº 2.800 ni Nº 98, sino que, al contrario, tales actos administrativos se ajustan precisamente a las reglas sobre seguros y tributación vigentes. La segunda regla para proceder a una invalidación es que ésta deberá hacerse "previa audiencia

Como cuestión final, es necesario recordar que el Código Tributario contempla una regla especial de protección al contribuyente en el artículo 26 CT, que dispone:

> *"No procederá el cobro con efecto retroactivo cuando el contribuyente se haya ajustado de buena fe a una determinada interpretación de las leyes tributarias sustentada por la Dirección o por las Direcciones Regionales en circulares, dictámenes, informes u otros documentos oficiales destinados a impartir instrucciones a los funcionarios del Servicio o a ser conocidos de los contribuyentes en general o de uno o más de éstos en particular.*
>
> *El Servicio mantendrá a disposición de los interesados, en su sitio de Internet, las circulares o resoluciones destinadas a ser conocidas por los contribuyentes en general y los oficios de la Dirección que den respuesta a las consultas sobre la aplicación e interpretación de las normas tributarias. Esta publicación comprenderá, a lo menos, las circulares, resoluciones y oficios emitidos en los últimos tres años.*
>
> *En caso de que las circulares, dictámenes y demás documentos mencionados en el inciso 1º sean modificados, se presume de derecho que el contribuyente ha conocido tales modificaciones desde que hayan sido publicadas de acuerdo con el artículo 15".*

92.1. Exención de IVA de la prima del seguro de vida

La prima de los seguros de vida, vale decir, en todos los seguros de fallecimiento, de sobrevivencia y mixtos, está legalmente exenta del pago del impuesto al valor agregado si es que se ha pactado en "unidad monetaria reajustable", según lo dispone expresamente el artículo 12 letra E, numeral 16, del D.L. Nº 825.

Llama la atención que la norma limite la exención sólo a las primas que se pacten en unidad monetaria reajustable, excluyéndose las demás formas actualmente permitidas. Es del caso recordar que el artículo 10 D.F.L. Nº 251 exige, entre otras cosas, que el monto de las primas deba precisamente pactarse en Unidades de Fomento. Las Unidades de Fomento

---

del interesado", situación que, hasta donde sabemos, tampoco ha ocurrido. Finalmente, debe hacerse dentro de un plazo de dos años, cuestión que tampoco ha ocurrido.

son unidades monetarias reajustables, con lo que la exención es, a primera vista, la regla general.

Con el texto legal a la vista, pareciera que toda prima en un seguro de vida debe quedar exenta, pero ya hemos revisado que la Ley Nº 20.667 superó la tradicional obligación de pactar primas en UF en el artículo 527 inciso 2º CCOM.[631] Hoy, y desde la entrada en vigencia de la nueva legislación, la prima puede consistir no sólo en dinero (caso en el que debe pactarse en UF), sino que además en la entrega de una especie o en un hecho estimable en dinero. En estos dos últimos casos, la exención del impuesto al valor agregado no podrá tener lugar.

Naturalmente, la exención es de derecho estricto, por lo que, en el resto de los seguros de personas que no sean de vida, la prima queda afecta a IVA.

93. El seguro de renta vitalicia

En el sistema de la Ley Nº 20.667, la renta vitalicia es una modalidad más del seguro de vida. Al efecto el artículo 588 CCOM dispone: "Se denomina renta vitalicia a la modalidad de seguro de vida mediante la cual el asegurador recibe del contratante un capital y se obliga a pagarle a él o a sus beneficiarios una renta hasta la muerte de aquél o de éstos". Como se aprecia, dentro del seguro de vida la renta vitalicia califica como uno de los seguros de sobrevivencia o de longevidad.

Llama la atención la falta de un análisis y tratamiento legislativo de esta materia en el proyecto de ley que regula el contrato de seguro y en la posterior Ley Nº 20.667, sobre todo teniendo en cuenta la importancia que, durante la propia tramitación, se reconoció (aunque tangencialmente) a esta clase de aseguramiento.[632]

---

[631] Sobre las formas en que se puede pactar la prima en el régimen de la Ley Nº 20.667, véase *supra* 63.1.

[632] En la *Historia de la ley* (*Primer Informe de la Comisión de Economía*), p. 80, aparece el único comentario acerca de esta materia, en que se califica a las rentas vitalicias como "tan actuales a raíz del auge que han experimentado con motivo del nuevo sistema previsional".

Como apunta Torrente, a diferencia de la renta perpetua, la renta vitalicia tiene naturaleza típicamente aleatoria.[633] Más allá de la definición legal del seguro de renta vitalicia, un estudio de esta materia no puede dejar de analizar el contrato aleatorio de derecho común descrito y regulado en el Código Civil.[634] Lo anterior es fundamental no sólo por la evidente semejanza terminológica, sino porque el "seguro de renta vitalicia" está construido precisamente sobre ese antiguo arquetipo negocial.

El Código Civil dispone en su artículo 2264:

"La constitución de renta vitalicia es un contrato aleatorio en que una persona se obliga, a título oneroso, a pagar a otra una renta o pensión periódica durante la vida natural de cualquiera de estas dos personas o de un tercero".

De hecho, y a pesar de que el Código de Comercio original no la contempla (de hecho, el antiguo artículo 578 parece excluirla), si se revisan los apuntes de Ocampo, resulta fácil descubrir que una de las fuentes para la redacción del párrafo 4º del Título VIII del Libro II CCOM, relativo al contrato de seguro de vida, fue el párrafo 2º del Título XXXIII del Libro IV del Código Civil chileno, que precisamente trata del contrato aleatorio de renta vitalicia.[635]

La contingencia incierta de ganancia o pérdida tanto para el asegurador como para el beneficiario de una renta vitalicia depende, esencialmente, de la prolongación de la vida del asegurado.

Según hemos revisado, para la época de la redacción del Código de Comercio campeaban en el país las asociaciones tontinarias, que precisamente ofrecían rentas vitalicias (pero con "créditos de mortalidad") a sus asociados. Si bien el legislador se preocupó de excluirlas en el artículo 578 CCOM, en aquel tiempo estas sociedades eran usualmente llamadas compañías de

---

633 TORRENTE, Andrea (2007), p. 722.

634 Que en esta materia siguió los artículos 1968 y siguientes del *Code Civil* de 1804, aunque, a nuestro juicio, con un tratamiento algo más completo. Sobre la renta vitalicia en el Código Civil Francés, PLANIOL, Marcel y RIPERT (1946), pp. 514-542.

635 BRAHM, Enrique (2000), p. 269.

"seguros sobre la vida".[636] En cierto sentido, la comercialización de seguros de renta vitalicia es anterior, y más masiva, que la venta de cualquier otro tipo de seguro en el país.[637]

Al igual que en todo seguro de vida, en el de renta vitalicia pueden aparecer todos los sujetos del contrato de seguro, sin que todos ellos sean necesariamente parte del negocio jurídico que se celebra.[638] Así, en la medida en que sea contratado por quien tenga interés en el seguro (artículo 589 CCOM), el seguro de renta vitalicia puede tomarse sobre la vida propia o la de un tercero.[639] De igual manera, una renta vitalicia puede tomarse a favor de un tercero beneficiario.[640] De todo lo anterior da cuenta el artículo 588 inciso 3º CCOM cuando expresa que el asegurador contrae la obligación de pagarle la renta "a él o a sus beneficiarios, hasta la muerte de aquél o de éstos".[641]

Debido al carácter de seguro social que tiene la renta vitalicia asociada al sistema de seguridad social, en Chile existe una clasificación (que más bien es una bipartición) fundamental de las rentas vitalicias. Como veremos, difieren en cuestiones fundamentales.

En primer término, en el país existen las llamadas rentas vitalicias privadas o "rentas vitalicias no previsionales". Dada su actual naturale-

---

[636] Para la asociación inevitable de la renta vitalicia con el seguro de vida, Nicolas, Veronique (2012), p. 515.

[637] Sobre esto, véase *supra* 6.

[638] Véase *supra* 18.

[639] Véase *supra* 20 y 65.2. Asimismo, la renta vitalicia puede tomarse sobre dos o más cabezas, como lo determina el artículo 2266 CC, que en esto sigue al artículo 1972 del *Code*.

[640] Una modalidad especial de este negocio, en su variante previsional, es el llamado "período garantizado de pago", cuya contratación supone seguir pagando a terceros beneficiarios una renta después de la muerte del asegurado por un determinado plazo y dentro de ciertos requisitos legales y contractuales. En ocasiones, el beneficiario puede optar por recibir un capital.

[641] Según Arellano, Sergio (2013), p. 152, en una clasificación replicada por Hoyl, Rodrigo y Ruiz-Tagle, Carlos (2014), p. 223, el seguro de renta vitalicia es un "seguro de renta" en cuanto la obligación del asegurador es la de pagar una renta periódica. Una vez fallecida la persona de cuya vida depende el pago de las rentas, la obligación del asegurador termina.

za asegurativa, estas rentas vitalicias deben seguir el tratamiento dado al seguro de vida por el Código de Comercio. Su tratamiento supletorio debe quedar, sin duda, entregado a las normas comunes sobre el contrato aleatorio de renta vitalicia, regulado en los artículos 2264 a 2278 CC, ambos inclusive.

Por otra parte, y a pesar de que la última parte del inciso 2º del artículo 512 CCOM dispone que las disposiciones del Código de Comercio no serán aplicables "a los seguros sociales",[642] ya al comenzar este estudio advertíamos sobre la importancia del seguro de renta vitalicia incorporado por el D.L. Nº 3.500 como una modalidad del sistema chileno de pensiones. Se trata, ciertamente, de un contrato de seguro dirigido por el legislador y la autoridad sectorial que, además de estar regulado intensamente por el derecho público, debe entenderse regido supletoriamente por las disposiciones sobre seguros de personas contenidas en el Código de Comercio y aun supletoriamente por las disposiciones del Código Civil recientemente citadas. Su tratamiento primario, sin embargo, se encuentra en el D.L. Nº 3.500 y en las normas dictadas conforme a éste.

En el caso de la renta vitalicia previsional, la cobertura consiste en el pago mensual de una renta al asegurado, y de pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios, según corresponda a lo señalado en el D.L Nº 3.500.

93.1. Formación del consentimiento en la renta vitalicia no previsional

En principio resulta complejo encasillar al contrato de renta vitalicia (y al seguro de renta vitalicia no previsional) en la consensualidad propia del contrato de seguro predicada por el artículo 515 CCOM.[643] En efecto, no es fácil imaginar que una compañía aseguradora contraiga una obligación de pagar las correspondientes rentas al beneficiario sin que previamente se entere el capital o prima única. También resulta complicado imaginar que el asegurador tenga derecho a exigir la prima única, bastándole para ello

[642] Véase *supra* 17.

[643] Véase *supra* 42.

acreditar el contrato mediante el procedimiento establecido en el mismo artículo 515 inciso 2º CCOM.[644]

Si bien el artículo 515 inciso 1º CCOM ha considerado que el seguro es un contrato consensual, pensamos que la redacción del artículo 588 inciso 3º CCOM apunta hacia una excepción a la regla general. La ley dispone que en el contrato de renta vitalicia el asegurador "*recibe* un capital". De ello se colige que sólo desde la tradición del capital o prima única hay contrato y nace la consecuencial obligación de pagar las rentas en los términos pactados en el contrato. En tal sentido, más que una obligación que nace "*consensu*", se trata de una obligación que nace "*re*".[645]

La redacción de la norma no deja lugar a dudas en que sin tradición (*solvendi causa*) no hay contrato de renta vitalicia perfecto, por lo que nos parece que este negocio asegurativo debe calificar en Chile como un contrato real de los definidos en el artículo 1443 CC. Lo anterior se puede ver confirmado por lo expresado en la parte final del artículo 2269 CC, que debe entenderse supletoriamente aplicable a esta materia.

Las consecuencias de esta cuestión son importantes, no sólo por el régimen supletorio al que quedaría afecto el negocio, como apunta Badenas Carpio[646] (más bien pensando en la supletoriedad del régimen de la compraventa[647]), sino que por la exigibilidad de la obligación de pagar el

---

[644] La cuestión no es nueva. En el derecho común, la discusión sobre la naturaleza del contrato aleatorio de renta vitalicia se divide entre quienes postulan su carácter solemne o real, por la interpretación del artículo 2269 CC. En todo caso, no existe en el país una postura que la califique como consensual. Sobre la naturaleza consensual o real de la renta vitalicia, véase Badenas Carpio, Juan Manuel (1995), *La renta vitalicia onerosa*, Pamplona, Aranzadi, pp. 169 y ss.

[645] La clasificación de la forma en que puede contraerse obligación (*re verbis, litteris*, o bien *consensu*) es antigua y se mantiene vigente hasta hoy. Sobre esto, véase Zimmerman, Reinhart (1996), *The Law of Obligations. Roman Foundations of the Civilian Tradition*, Oxford, Oxford University Press (at the Clarendon Press), p. 32.

[646] *Ibid*. p. 170.

[647] Para Planiol, Marcel, y Ripert, Georges (1946), p. 518, la renta vitalicia con enajenación de inmueble es derechamente una compraventa. Para otros actos sinalagmáticos asimilables a la venta, como la retención del pacto comisorio en la prenda con desplazamiento, véase Nasser, Marcelo (2010), *Asimilaciones a la compraventa el Derecho Romano*, Santiago de Chile, Abeledo Perrot, *passim*.

capital. En efecto, en el caso en que siguiéramos la lógica del artículo 515 CCOM y el contrato de renta vitalicia fuere consensual, bastaría pactar los elementos esenciales del seguro de renta vitalicia para que nazca el crédito para exigir la prima a favor del asegurador y la consecuente legitimación en la acción personal de cobro. Como contrapartida, se produciría el absurdo de que bastaría pactar la renta vitalicia para que el beneficiario pudiera exigir el pago de las rentas, sin que necesariamente se haya hecho la tradición *solvendi causa* del capital o prima única.[648]

93.2. Formación del consentimiento en la renta vitalicia previsional del D.L. Nº 3.500

Una cuestión diversa es la que ocurre a propósito de la llamada "renta vitalicia previsional" del D.L. Nº 3.500. Realmente no existe una sola renta vitalicia previsional, sino varias modalidades o diversas formas de pensiones de vejez asociadas a este régimen de contratación. Así, el artículo 61 inciso 2º del D.L. Nº 3.500 establece que cada afiliado puede optar por una de las siguientes modalidades de pensión: a) renta vitalicia inmediata; b) renta temporal con renta vitalicia diferida; c) retiro programado, y d) renta vitalicia inmediata con retiro programado. Nos centraremos, dado que consiste en una renta vitalicia arquetípicamente pura, en la primera modalidad.[649]

La renta vitalicia previsional tiene un régimen de formación del consentimiento distinto del revisado para el seguro corriente. Por tratarse de un asunto del máximo interés para los ciudadanos, el legislador fue cuidadoso al regular la formación del consentimiento para elegir y acordar la modalidad de pensión.

Al efecto debe distinguirse la etapa precontractual, que contempla un Sistema Electrónico de Consultas y Ofertas de Montos de Pensión (Scomp) y un sistema de ofertas internas y externas, todas reguladas en el artículo 61 bis del D.L. 3.500, que entró en vigencia con las modificaciones intro-

[648] Aun cuando el artículo 2264 CC contiene una regla que impediría esa situación.

[649] La modalidad de pensiones "retiro programado", que no está a cargo de compañías de seguro, no será tratada.

ducidas por medio de la Ley Nº 19.934,[650] de 21 de febrero de 2004, de la formación del consentimiento propiamente tal, que, si bien usa el Scomp como medio, contempla una aceptación especial).

El sistema de ofertas Scomp es vinculante para las compañías que participan en él, pero, en cambio, los afiliados que hacen consultas no quedan obligados.[651] La utilización del Scomp, sin embargo, es siempre obligatoria para optar por una modalidad de pensión.[652]

Las funciones del Scomp son, básicamente: a) recibir y transmitir las solicitudes de montos de pensión requeridas por los consultantes; b) recibir y transmitir las ofertas de rentas vitalicias de las compañías y los montos de retiro programado calculados por las administradoras; c) informar al consultante los montos mensuales de pensión ofrecidos, y d) efectuar los remates que soliciten los consultantes una vez recibidas las ofertas entregadas por el sistema.[653]

En cuanto a la formación del consentimiento propiamente dicho, el artículo 62 D.L. Nº 3.500 dispone: "El contrato de seguro de renta vitalicia se perfecciona mediante la aceptación por escrito del afiliado de la oferta

---

[650] La Superintendencia de Pensiones y la SVS (hoy CMF), son las que conjuntamente, y por mandato legal, están encargadas de regular y fiscalizar los procedimientos respecto del Scomp, según lo dispone el artículo 98 bis del D.L. Nº 3.500. A esos efectos han dictado la NCG Nº 218 (SVS) y la Circular de la Superintendencia de Pensiones Nº 1.525 y, muy recientemente, las NCG Nºs. 414 (SVS) y 192 (SPensiones).

[651] El artículo 61 bis inciso 3º D.L. Nº 3.500 dispone: Si el afiliado opta por la modalidad de renta vitalicia podrá aceptar, alternativamente, cualquier oferta efectuada en el Sistema de Consultas y Ofertas de Montos de Pensión; una efectuada fuera de él por alguna Compañía de Seguros que hubiera participado en el Sistema, siempre que el monto de la pensión sea superior al ofertado en dicho Sistema por la misma Compañía, de acuerdo a lo que establezca la norma de carácter general a que se refiere el inciso decimotercero de este artículo; o solicitar la realización de un remate a través del referido Sistema de Consultas. Algo similar aparece resumido en el *Compendio de pensiones* (L. III. T. I. A). Respecto del régimen vinculante del procedimiento de "remate", deben consultarse los incisos 5° y siguientes del mismo artículo 61 bis.

[652] *Compendio de pensiones*, L. III, T. II. A.

[653] Artículo 61 bis D.L. Nº 3.500 y *Compendio de pensiones* (L. III. T. II. E, Capítulo I).

de la Compañía de Seguros de Vida de su elección[654] o la adjudicación en remate, debiendo el asegurador contratante remitir a la Administradora la póliza y demás antecedentes que acrediten el cumplimiento del artículo 61 bis".[655] En la práctica, la aceptación escrita y firmada por el afiliado se ingresa digitalizada al Scomp. Del tal forma, y más allá de la sola "vigencia" del contrato establecida en el artículo 62 inciso 4º, y con excepción del caso particular del remate,[656] es la aceptación de la oferta *por escrito* por parte del afiliado la que perfecciona la renta vitalicia previsional, por lo que este contrato no puede ser considerado consensual ni real, sino que solemne.[657]

93.3. Irrevocabilidad de la renta vitalicia

Más allá del texto del artículo 600 CCOM, que prohíbe al asegurador hacer caducar todo tipo de contrato de seguro de vida, incluida la renta vitalicia, toda renta vitalicia supone irrevocabilidad esencial. Una vez vigentes todos los efectos del contrato, vale decir, transferida la prima única, ninguna de las partes puede arrepentirse de haberlo celebrado. La irrevocabilidad es consecuencia de la aleatoriedad propia de este negocio jurídico.

En el caso de la renta vitalicia previsional, la irrevocabilidad está, además, expresamente contemplada en la ley, aun cuando veremos que admite excepciones importantes. En efecto, en el caso de la "renta vitalicia inmediata", el artículo 62 inciso 2º D.L. Nº 3.500 dispone que, una vez aceptada una oferta, y dentro de los 35 días siguientes al término de la vigencia del "certificado de saldo", el contrato no podrá ser cancelado

---

[654] La oferta puede ser "externa", en cuyo caso se rige por el *Compendio de pensiones* L. III. II. H: "Las ofertas externas tendrán una vigencia de 15 días corridos desde su fecha de emisión. Si el plazo señalado venciere en día sábado o festivo, la vigencia se prorrogará hasta el día hábil siguiente, debiendo el Sistema rechazar las ofertas externas que no cumplan con dicha prórroga. El monto de la oferta externa deberá ser superior al de la oferta interna asociada de la Compañía que aparece en el Certificado de Ofertas, incrementada de acuerdo al Capítulo II de la letra L del presente Título, si correspondiere".

[655] LANATA, Gabriela (2015), *Manual de legislación previsional*, 2ª Edición, Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 240 y ss.

[656] Artículo 61 bis incisos 5º y siguientes, D.L. Nº 3.500.

[657] Sobre algunas excepciones a la consensualidad en el contrato de seguro, véase *supra* 42, 43 y 44.

anticipadamente por ninguna de las partes involucradas, y sólo tendrá término a la muerte del afiliado o del último beneficiario que tuviese derecho a pensión de sobrevivencia. El efecto de esta irrevocabilidad es que, por regla general, el afiliado no podrá cambiarse de modalidad de pensión ni tampoco de compañía aseguradora.

La regla de la irrevocabilidad en la renta vitalicia previsional, como adelantábamos, conoce excepciones. Señala en mismo artículo 62 D.L. Nº 3.500 que "el contrato puede ser resciliado por escrito en el caso en que aparezcan diferencias entre el asegurador y el afiliado o sus beneficiarios en cuanto a los términos del contrato. Si el contrato no ha entrado en vigencia o el afiliado o beneficiario no ha percibido pago de pensión, quedará nula la selección de modalidad de pensión y el afiliado podrá incluso desistirse del trámite de pensión si no ha efectuado retiros de la cuenta individual".

93.4. La prima en la renta vitalicia

El contrato de renta vitalicia no previsional supone la tradición de la prima única como requisito de existencia del seguro.[658] Más allá de los pactos a que puedan llegar las partes durante el régimen precontractual de una renta vitalicia no previsional, antes de la tradición no existe en el patrimonio del asegurador el crédito para cobrar la prima y el contrato sólo nace con su pago único y total. Como toda prima, su pago queda gobernado por el artículo 527 inciso 2º CCOM, por lo que puede consistir en dinero, pero también en la entrega de una cosa o de un hecho estimable en dinero. De esto se colige que el seguro de renta vitalicia privada puede ser tomado a cambio de la entrega de uno o más inmuebles, títulos de crédito, títulos valores, derechos, etcétera. En este sentido, el legislador mercantil no ha hecho más que retornar (para efectos de este contrato), al principio establecido en el artículo 2267 CC.

Una cosa distinta ocurre en la renta vitalicia previsional. La prima única en esta clase de aseguramiento sólo puede consistir en dinero. Su monto y determinación dependerá de la modalidad de renta que se contrate, por lo que al saldo en la cuenta de capitalización individual pueden agregarse

[658] Sobre prima única, véase *supra* 63.6.

los bonos de reconocimiento, excedentes de libre disposición, y otras cantidades de propiedad del afiliado o a que éste tenga derecho. Pero la diferencia fundamental entre la renta vitalicia corriente y la previsional estriba en que la obligación de proceder al pago de la prima no es directamente de responsabilidad del afiliado, sino que de un tercero, concretamente, la administradora de fondos de pensiones (AFP).

En efecto, el artículo 62 incisos 3º y siguientes del D.L. Nº 3.500 dispone que, una vez perfeccionado el contrato, la compañía de seguros debe emitir la póliza y remitirla a la AFP. Una vez recibidos los antecedentes, la AFP "deberá traspasar a la compañía los fondos de la cuenta individual del afiliado que sean necesarios para pagar la prima, previa certificación del cumplimiento del requisito establecido en el inciso anterior…".[659] Resulta relevante señalar que los fondos previsionales (que hasta el momento del traspaso al asegurador desde la AFP son de propiedad del afiliado) pasan a ser propiedad del asegurador como efecto de la tradición de la prima regulada en el artículo 527 CCOM y 61 bis y siguientes del D.L. Nº 3.500.

93.5. Obligación del asegurador de renta vitalicia no previsional

La obligación del asegurador que comercie rentas vitalicias, en cualquier modalidad, consiste, fundamentalmente, en pagar una renta vitalicia mensual hasta la muerte de la persona designada como asegurada en el contrato.[660]

En la renta vitalicia no previsional, si bien el beneficiario de renta vitalicia suele ser el mismo contratante y asegurado, pueden darse otras situaciones, siempre en la medida en que concurra un interés asegurable legalmente admisible. Por ello, es lícita la contratación de una renta vitalicia sobre la cabeza de un tercero distinto al contratante. De igual manera, en principio resulta lícita la renta vitalicia tomada a favor de un tercero beneficiario, pero, obviamente, una modalidad de esta clase podría prestarse para simular liberalidades afectas a tributos u otros actos simulados.

---

[659] Recibida la póliza, se traspasarán los fondos a la compañía aseguradora previa certificación del cumplimiento del requisito de que la renta contratada sea igual o superior a la pensión mínima garantizada por el Estado. Sobre esto, véase LANATA, Gabriela (2015), p. 241.

[660] En cuanto a la obligación de entrega de la póliza, debe señalarse que el asegurador cumple enviando electrónicamente dicho documento a la AFP.

En cuanto a la forma de hacer el pago de la renta o pensión, el legislador mercantil no se ha pronunciado, pero, tal como lo hemos manifestado con anterioridad, la expresión "renta" manifiesta implícitamente que el pago deba ser hecho en dinero, lo que aparece confirmado por el artículo 2267 inciso 2º CC,[661] que gobierna la materia en el derecho común.

Sin perjuicio de lo anterior, para toda clase de renta vitalicia, el simple hecho de que el asegurador quede principalmente obligado al pago de una renta o pensión no obsta a que pueda contraer más obligaciones accidentales, como la de seguir pagando una determinada renta (o un capital) a terceros beneficiarios, incluso una vez que haya fallecido el asegurado.

93.6. Obligación del asegurador en la renta vitalicia previsional

Las obligaciones que emanan de la póliza de seguro de renta vitalicia sólo pueden contemplar beneficios señalados expresamente en la ley. Según se sabe, en el caso de la renta vitalicia previsional el asegurador contrae la obligación de pagar una renta mensual al pensionado. Esta obligación es siempre en dinero y los montos se deben pagar reajustados a su valor en Unidades de Fomento.

Pero esta modalidad de contrato de seguro regulado por normas de derecho público tiene una característica especial, derivada precisamente de su calidad de seguro social. En el caso de la renta vitalicia previsional, la obligación del asegurador se extiende, además, al pago de las pensiones de sobrevivencia del D.L. Nº 3.500 a los beneficiarios establecidos en la ley, Por cierto, esta obligación sólo nace una vez que el asegurado muere.

El artículo 88 inciso 3º del D.L. Nº 3.500 establece como obligación adicional del asegurador de renta vitalicia previsional la de concurrir al pago de una cuota mortuoria por una sola vez, también determinada en Unidades de Fomento para sufragar los gastos funerarios que sean consecuencia de la muerte del asegurado. Es importante señalar que este beneficio no siempre consiste en una indemnización que deba soportar el asegurador, sino que debe pagarse con cargo a la cuenta individual del pensionado (unido o no

[661] Véanse *supra* 31 y 64.

por vínculo de matrimonio o parentesco con el afiliado fallecido), en la medida en que acredite haberse hecho cargo de los gastos del funeral. Por ello, la ley más bien lo ha considerado como un "retiro".

Sin embargo, en el caso de la modalidad "renta vitalicia inmediata con retiro programado", la cuota mortuoria debe ser pagada con recursos de la cuenta de capitalización individual y de la compañía de seguros, en proporción a la distribución inicial del saldo entre ambas modalidades de pensión (artículo 88 inciso final D.L. Nº 3.500).

El monto de la cuota mortuoria es de UF 15 cuando los gastos fueron soportados por el cónyuge, conviviente civil, hijo o padre del pensionado. Si quien ha tenido que soportar los gastos es una persona distinta, "sólo tendrá derecho a tal retiro hasta la concurrencia del monto efectivo de su gasto, con el límite de UF 15 y el saldo queda a disposición del cónyuge o conviviente civil sobreviviente y, a falta de éste, de los hijos o los padres del afiliado" (artículo 88 artículo 2º D.L. Nº 3.500).

Asimismo, el asegurador de renta vitalicia previsional contrae la obligación de pagar pensiones de sobrevivencia y/o de invalidez.

93.7. Pensiones de sobrevivencia y renta vitalicia previsional

Como se ha revisado más arriba, en la renta vitalicia previsional el asegurador contrae, además de la obligación de pagar las rentas al pensionado y la de concurrir a la cuota mortuoria, la de pagar pensiones de sobrevivencia a los beneficiarios legales establecidos en el D.L. Nº 3.500, si es que el pensionado muere.

La obligación de pagar pensiones de sobrevivencia a los beneficiarios no es a todo evento. En efecto, para que se produzca, es necesario que existan tales beneficiarios de pensión de sobrevivencia de aquellos claramente determinados en los artículos 5° y siguientes del D.L. Nº 3.500.

Son beneficiarios de pensión de sobrevivencia, según dispone el artículo 5º D.L. Nº 3.500, "los componentes del grupo familiar del causante, entendiéndose por tal, el o la cónyuge o conviviente civil sobreviviente, los hijos de filiación matrimonial, de filiación no matrimonial o adoptivos, los padres y la madre o el padre de los hijos de filiación no matrimonial del causante".

Con todo, el mero hecho de contraer matrimonio no legitima *ipso iure* a una persona como beneficiario de sobrevivencia, sino que es necesario que el matrimonio haya sido contraído con el o la causante al menos "con seis meses de anterioridad a la fecha de su fallecimiento o tres años, si el matrimonio se verificó siendo el o la causante pensionada de vejez o invalidez". Esta limitación temporal no se aplica si es que, al momento del fallecimiento del pensionado, la cónyuge o conviviente civil se encontraren embarazadas o si quedaren hijos comunes (artículos 6° y 7° D.L. Nº 3.500).

En el caso particular del acuerdo de unión civil (AUC), será necesario que el conviviente sobreviviente sea soltero, viudo o divorciado, y que el AUC haya estado vigente al momento del fallecimiento del causante al menos "con un año de anterioridad a la fecha de la muerte, o tres años si se celebró siendo el o la causante pensionada de vejez o invalidez" (artículo 7° D.L. Nº 3.500).

Asimismo, son considerados beneficiarios legales de pensión de sobrevivencia los hijos del pensionado (artículo 8° D.L. Nº 3.500). La calidad (o estado civil) de hijo no da legitimación *ipso iure* para este beneficio, sino que es necesario que estos hijos sean solteros, menores de 18 años, o bien sean mayores de 18 años de edad y menores de 24 si son estudiantes de cursos regulares de enseñanza básica, media, técnica o superior a la fecha del fallecimiento del causante, o bien que adquieran la calidad de estudiantes antes de cumplir los 24 años. Son, asimismo, beneficiarios de sobrevivencia los que han sido declarados inválidos, cualquiera sea su edad, en los términos establecidos en el artículo 4º del D.L. Nº 3.500, aunque la invalidez se produzca después de la muerte del causante, pero antes de que cumplan 24 años.

La ley, sin embargo, hace una diferencia respecto del padre o la madre de hijos de filiación no matrimonial del causante. En este sentido, el artículo 9º del D.L. Nº 3.500 señala que tendrán derecho a pensión de sobrevivencia sólo si son solteros o viudos, y, además, si viven a expensas del causante.

A falta de cónyuge e hijos, los padres del pensionado fallecido tendrán derecho a pensión de sobrevivencia, pero siempre que a la época del fallecimiento del afiliado hayan sido causantes de asignación familiar reconocidos por el organismo competente.

94. Asesores previsionales

Pese a que hemos adelantado algunas materias relativas a la comercialización de rentas vitalicias previsionales al tratar de la intermediación de seguros, particularmente en lo que resulta aplicable a los llamados "agentes de venta de rentas vitalicias",[662] resulta importante referirse brevemente a la intermediación de rentas vitalicias a través de los denominados "asesores previsionales".

La asesoría previsional se encuentra regulada en el Título XVII del D.L. N° 3.500 particularmente en los artículos 171 y siguientes, así como en la NCG Nº 221 (Circ. Nº 1.526 SPensiones).

Se trata de personas naturales o entidades jurídicas independientes, cuyo objeto es, además de intermediar los seguros previsionales mediante un contrato celebrado con el afiliado o sus beneficiarios,[663] "otorgar información a los afiliados y beneficiarios del sistema, considerando de manera integral todos los aspectos que dicen relación con su situación particular y que fueren necesarios para adoptar decisiones informadas de acuerdo a sus necesidades e intereses, en relación con las prestaciones y beneficios que contempla la ley", todo según lo dispone el artículo 171 del D.L. Nº 3.500.

Para poder operar como asesor previsional, la persona natural o la entidad jurídica que tenga tal objeto deberá cumplir con una serie de requisitos de idoneidad[664] y solvencia,[665] además de estar inscrita en un registro especial que deben llevar tanto la CMF como la Superintendencia de Pensiones, conforme lo dispone el artículo 172 D.L. Nº 3.500.[666]

---

662 Véase *supra* 54.

663 Sobre este contrato y su naturaleza, véase el artículo 178 del D.L. Nº 3.500.

664 Los requisitos están tanto en el artículo 174 D.L. Nº 3.500 como en el numeral 2.2 de la NCG Nº 221. Resulta curioso que esta NCG agrega requisitos que no aparecen en la ley, como el de tener "intachables antecedentes comerciales". La ley, asimismo, no señala qué debe entenderse por "intachables antecedentes comerciales".

665 Dado que responden de culpa leve (artículo 176 del D.L. Nº 3.500), la ley les obliga a contratar una póliza de responsabilidad civil para responder del cabal y correcto cumplimiento de las obligaciones emanadas de su actividad (artículo 173 inciso 2º del D.L. Nº 3.500).

666 Sobre este registro, véase el Nº 2 de la NCG Nº 221.

Según dispone el artículo 174 del D.L. Nº 3.500, tanto los asesores previsionales que sean personas naturales como los directivos y representantes de las personas jurídicas de asesoría previsional, deben cumplir una serie de requisitos que son similares, pero no iguales, a aquellos que tanto la ley como la CMF (y últimamente el Consejo de Autorregulación) exige a los agentes de venta.[667]

Al igual que los corredores y agentes, los asesores previsionales deben acreditar conocimientos suficientes sobre seguros, pero también sobre materias previsionales (artículo 174 letra d), lo que se hace mediante el procedimiento especial establecido en la NCG Nº 221.

En relación con la intermediación propiamente tal, la remuneración y la prohibición de incentivos, nos remitimos a lo señalado en los párrafos correspondientes.[668]

95. Los seguros de accidentes personales

A diferencia de lo que ocurría en el régimen anterior a la Ley Nº 20.667, que no contenía un tratamiento legal sobre de esta clase de contratación, el texto actual del Código de Comercio define expresamente el seguro de accidentes personales en el artículo 588 inciso 4º.

Señala: "Por el seguro de accidentes personales, el asegurador se obliga, conforme a las modalidades estipuladas, a indemnizar al asegurado o sus beneficiarios, las lesiones corporales, la incapacidad o la muerte que éste sufra a consecuencias de un accidente".

La sola definición legal de seguro de accidentes personales y la simple aplicación a éstos de las normas relativas a los seguros de personas (y de aquellas comunes a todo seguro), pueden no ser muy adecuadas para un estudio acabado de esta materia. Analicemos el asunto con detención.

---

667 Véanse *supra* 53 y 54 y siguientes.

668 Véanse *supra* 54.1 al 54.2, y 55.4 al 54.6.

En esta clase de aseguramiento, la obligación de indemnizar que pesa sobre el asegurador se hace exigible a favor de el o los beneficiarios cuando, a consecuencia necesaria, inmediata y directa de un accidente, se produzcan lesiones corporales, la incapacidad o la muerte de el o los asegurados designados en la póliza. En el último supuesto, denominado seguro "de muerte accidental", si bien se trata genéticamente de un seguro de vida, la ley lo ha considerado como una modalidad de seguro de accidentes personales, probablemente por consistir en un riesgo de muerte "necesaria y directamente" vinculado a una causa accidental.[669]

Pese a que la definición legal no lo establece, el seguro de accidentes también suele cubrir las consecuencias patrimoniales que pueda sufrir el asegurado como consecuencia necesaria y directa de un accidente (coberturas de reembolso de gastos). Este tipo de seguros se debe regir, en lo que sea pertinente, por las disposiciones sobre seguros de daños, conforme lo dispone expresamente el artículo 601 CCOM.

95.1. Compañías de seguros que pueden ofrecer seguros de accidentes personales

Según hemos revisado, el artículo 8 del D.F.L. Nº 251 dispone que son compañías "del segundo grupo las cubran los riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital, una póliza saldada o una renta para el asegurado o sus beneficiarios". Sin embargo, el artículo 11 del mismo D.F.L. Nº 251 contempla una excepción muy importante, pues permite que las entidades aseguradoras de uno y otro grupo puedan cubrir los riesgos de accidentes personales (así como también los riesgos de salud).

Lo anterior es relevante, pues, por esta vía, un asegurador del primer grupo puede terminar cubriendo riesgos de fallecimiento, en incluso *sólo* de fallecimiento (y no de daños), si es que la cobertura de la póliza fuera, por ejemplo, exclusivamente de muerte accidental.

---

[669] Sobre la prohibición de terminar unilateralmente el seguro de muerte accidental a sola voluntad del asegurador, véase *supra* 68.15.

Lo mismo ocurre en el caso del SOAP, que, como veremos, es un seguro de accidentes que debe ser comercializado por compañías del primer grupo.[670]

95.2. Riesgo asegurado y obligación del asegurador

Las pólizas de seguros de accidentes personales que se comercializan en el país suelen contemplar distintos "planes" (coberturas determinadas) expresados en las condiciones generales, con la posibilidad de que el contratante pueda elegir uno, varios o todos ellos, marcando la correspondiente opción en las condiciones particulares de la póliza.

Los "planes" de accidentes personales corresponden a diversos riesgos dentro del ámbito de cobertura de un seguro de esta clase. Algunos de estos riesgos dan lugar al simple pago de una indemnización al beneficiario, pero otros dan lugar al reembolso de los gastos incurridos como consecuencia de un accidente descrito en la póliza.

Las coberturas de entre las cuales el contratante puede elegir suelen ser las siguientes:

a) Muerte accidental

El riesgo asegurado en este caso es la muerte del asegurado, ocurrida como consecuencia directa e inmediata de un accidente descrito en la póliza. Según se aprecia, la conexión causal entre la muerte y el accidente es una condición necesaria para que se produzca un siniestro de esta clase. Si la muerte acaece por una causa diversa, no se produce un siniestro de muerte accidental.[671]

La obligación que contrae el asegurador cuando se produce un siniestro de muerte accidental es la de pagar el capital asegurado determinado en las condiciones particulares de la póliza a el o los terceros beneficiarios, también señalados en el contrato, o, en su defecto, a los beneficiarios llamados por ley según el artículo 593 inciso 2º CCOM.

---

[670] Véase *infra* 95.

[671] Para la causalidad en la muerte accidental, véase *infra* 95.3.

Como se aprecia, el asegurador, en este caso, se obliga a pagar un monto fijo o capital asegurado asociado al riesgo de muerte accidental, y no un reembolso de gastos. Se trata de un seguro de personas propiamente tal.

Con todo, algunas pólizas contemplan la posibilidad de que la cobertura de muerte accidental pueda contener reducciones al capital o monto asegurado cuando, respecto del mismo asegurado fallecido, se han pagado con cargo a la póliza otras coberturas contratadas como consecuencia del mismo accidente, pero antes de ocurrida la muerte.

b) Invalidez

En este caso, el riesgo asegurado consiste en la verificación de un determinado grado de invalidez respecto del asegurado como consecuencia de un suceso descrito en la póliza. La obligación del asegurador consiste, precisamente, en pagar una cantidad determinada o determinable de dinero a el o los beneficiarios para el caso de declararse respecto del asegurado un grado de invalidez, de acuerdo al procedimiento fijado en la póliza.

Una técnica adecuada de determinación del riesgo sugiere definir "invalidez" con suficiente precisión en la póliza, debiendo utilizarse criterios conocidos, de fácil comprensión y de uso común. Asimismo, para determinar correctamente el riesgo y cumplir con la obligación de claridad, es preciso determinar en la póliza con rigor los grados (y las causas) de invalidez que darán derecho a la indemnización. Las pólizas suelen definir "invalidez" como la pérdida o disminución de las fuerzas físicas y/o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente; sin embargo, es corriente que la determinación se encomiende a un órgano técnico, usualmente asociado al sistema de seguridad social.

En general, los grados de invalidez que dan derecho al pago de la indemnización suelen separarse en coberturas de "invalidez total", "invalidez 80 %", "invalidez 2/3" u otras. Estos grados de invalidez se certifican usualmente (aunque no existe una obligación para ello) utilizando las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", de 13 de noviembre de 1980, con sus modificaciones del 1 de julio de 2016, sin perjuicio del derecho que algunas pólizas contemplan a favor del beneficiario para solicitar la evaluación de

la incapacidad por una "junta médica", cuya composición, o al menos sus requisitos, también suelen estar fijados en la póliza.[672]

Para que la cobertura de invalidez tenga lugar debe ser irreversible en los términos descritos en el contrato, y calificada por un organismo técnico en un porcentaje o fracción determinada, como por ejemplo el 80 %, 2/3, etcétera. De otra manera, no nace la obligación de pagar el capital asegurado.

Dentro de las coberturas de invalidez suele contemplarse la de "pérdida total" o "pérdida parcial", de carácter "físico o funcional" de miembros corporales (desmembramiento). Se trata de una cobertura que obliga a indemnizar al beneficiario cuando, sin provocar la muerte del asegurado, se produce una pérdida corporal o funcional más allá de la determinación de un grado de incapacidad para el trabajo. En estos casos, las pólizas también pueden considerar el pago de la totalidad (o de una fracción) del capital asegurado, que dependerá de el o los miembros corporales mutilados o desmembrados, o de la pérdida física o funcional de determinada capacidad, etcétera.

c) Incapacidad temporal para el trabajo

Se trata de una cobertura indemnizatoria que puede ser contratada tanto a favor de trabajadores dependientes como independientes, quienes, por el evento directo e inmediato de un accidente, sufran una incapacidad temporal para el trabajo. Como se aprecia, la cobertura de este tipo difiere de la de invalidez en cuanto no se trata de una situación irreversible, sino de un evento temporal.

El siniestro de incapacidad para el trabajo (también a diferencia de la invalidez) suele definirse en las pólizas como un evento de "pérdida de ingresos" durante un período máximo, el que deberá señalarse con claridad en las condiciones particulares de la póliza.

Nos parece que esta clase de seguro, sobre todo en el caso de los trabajadores dependientes e independientes (a pesar de ser un seguro de personas), consiste más bien en un verdadero seguro de pérdida de beneficios

[672] Sólo a modo ejemplar, véase el artículo 2º letra c) de la POL 320140335.

de aquellos regulados en el artículo 578 CCOM, y no nos cabe duda de que debe regularse por las normas relativas a los seguros de daños, como por lo demás lo dispone el artículo 601 CCOM.

Últimamente, y a pesar de la naturaleza indemnizatoria de esta cobertura, algunas pólizas la han extendido a los pensionados, estudiantes y dueñas de casa, en la medida en que se trate de incapacidades temporales para el desempeño de sus respectivas funciones.[673] Pensamos que, en tales casos, el seguro deja de ser de "pérdida de beneficios" y recupera su natural calidad, enmarcada dentro del seguro de accidentes propiamente dicho.

d) Reembolso de gastos médicos, hospitalarios y otros derivados de un accidente

La cobertura de reembolso de gastos, típicamente presente en las pólizas de accidentes y de salud, es una cobertura patrimonial que busca resarcir al asegurado que ha tenido que sufragar gastos médicos, clínicos, quirúrgicos, farmacéuticos u otros como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

La naturaleza patrimonial de este seguro (y por ello, en lo que corresponda, de seguro patrimonial) fluye expresamente de los señalado en el artículo 601 CCOM. Lo que está en riesgo en este seguro no es el daño a la persona misma o a su integridad física o psíquica como consecuencia directa e inmediata de un accidente, ni la integridad de su cuerpo, sino que se protege el patrimonio del asegurado, que desembolsó dinero para enfrentar las consecuencias dañosas. Por ello, y por aplicación del artículo 601 CCOM, se trata de una cobertura íntegramente gobernada por las normas aplicables a los seguros de daños de carácter patrimonial.

e) Otras coberturas

Pueden establecerse, asimismo, como coberturas de accidentes personales indemnizaciones por quemaduras graves, fractura de huesos, pero también

[673] Por ejemplo, POL 320131096.

algunas coberturas sanitarias como la remisión de exámenes médicos a un laboratorio en el exterior, la provisión de una prótesis determinada, el pago de gastos funerarios y cualquier otra prestación lícita que sea consecuencia directa e inmediata de un accidente.

95.3. Definición contractual de "accidente". Importancia de esta cuestión

La ley mercantil no define qué es lo que debe entenderse por "accidente",[674] lo que deja un espacio al redactor de la póliza para su determinación. La determinación del riesgo de accidente por parte del asegurador no violenta la imperatividad del artículo 542 CCOM.

La voz "accidente" es una palabra de uso común de aquellas referidas en el artículo 20 CC, por lo que un asegurador diligente no debe perder de vista que la RAE define "accidente" de una forma excesivamente amplia (aun cuando la segunda acepción se refiere precisamente al contrato de seguro).[675] De hecho, el concepto de accidente de la RAE incluye algunas enfermedades y sus efectos, lo que no parece adecuado al establecer una cobertura, más si se toman en cuenta los efectos que la ley chilena asigna a la falta o inadecuada determinación del riesgo.[676]

Por lo anterior, parece recomendable que las condiciones generales de las pólizas de accidentes (y, además, toda la información precontractual) contemplen una definición clara y delimitada de accidente, de manera de demarcar el riesgo y excluir toda clase de enfermedades y eventos que no sean una consecuencia directa e inmediata de éste.

---

[674] Existen leyes sobre seguridad social que sí definen tipos de accidentes, como, por ejemplo, el artículo 5º de la Ley Nº 16.744. Sobre esto, ver *infra* 96.

[675] 1. m. Suceso eventual que altera el orden regular de las cosas; 2. m. Suceso eventual o acción de que resulta daño involuntario para las personas o las cosas. Seguro contra accidentes; 3. m. Indisposición o enfermedad generalmente grave y que sobreviene repentinamente. Accidente coronario; 4. m. Síntoma grave que se presenta inopinadamente durante una enfermedad, sin ser de los que la caracterizan; 5. m. Irregularidad del terreno; 6. m. p. us. Pasión o movimiento del ánimo; 7. m. Fil. Cualidad o estado que aparece en algo, sin que sea parte de su esencia o naturaleza; etcétera.

[676] Véase *supra* 62.1.

Con una delimitación clara y precisa del concepto de accidente, asimismo, se da cumplimiento a la obligación de información, claridad y trato justo, proporcionando al contratante la información adecuada, clara, oportuna y veraz emanada de la LPDC y, últimamente, de la NCG Nº 420 (II.12).

En la práctica, las pólizas de seguro y cláusulas adicionales que se comercializan en el país suelen incluir dentro de sus definiciones de accidente la necesidad de que el evento dañoso se produzca "por circunstancias externas, violentas y fortuitas", excluyéndose expresamente los así llamados "accidentes vasculares" y toda clase de infartos, derrames, desvanecimientos, envenenamientos, etcétera.[677] El suicidio se excluye de las coberturas accidentales, sin que rija a este respecto la limitación de dos años del artículo 598 CCOM, pues ningún suicidio es accidental.[678]

Para la cobertura de muerte accidental, no sólo se requiere que ocurra un accidente, sino que la muerte tenga lugar como consecuencia necesaria de ese preciso evento accidental. Lo anterior puede acarrear problemas de causalidad, sobre todo cuando la muerte no se produce instantáneamente, sino que tiene lugar varios días o meses después. Para delimitar el riesgo de muerte accidental y trazar la causalidad de una manera razonable, las

---

[677] La LCS española define el seguro de accidente como la "lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte", sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes puedan efectuar (artículo 100). Sólo a modo de ejemplo, en nuestro país la CAD 2 2013 0945 señala: "Para los efectos de este contrato de seguro se entiende que accidente corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otras enfermedades, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos".

[678] Véase *infra* 95.7.

pólizas suelen limitar el período de tiempo que puede transcurrir con posterioridad al accidente, de manera que, para quedar cubierta, la muerte debe ocurrir en un plazo normalmente no superior a 180 días contados desde el evento accidental. La delimitación contractual del riesgo de accidentes (y de muerte accidental, en su caso) evita transitar hacia otras coberturas que no necesariamente han sido previstas al suscribirse el riesgo.[679]

95.4. Forma de acreditar el siniestro

En general, y como en todo seguro, la denuncia del siniestro de accidentes personales contempla la carga del asegurado (o del beneficiario, en su caso) de acompañar la documentación que acredite la ocurrencia de un accidente que es causa de un daño cubierto por la póliza. La exigencia anterior manifiesta el cumplimento de la obligación contemplada en el artículo 524 Nº 8 CCOM, que consiste en acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencias sus circunstancias y consecuencias.

Aunque la ley no lo señala expresamente, resulta evidente que a un asegurador le asiste el derecho a indagar si un accidente denunciado se ha producido realmente, o si el daño corporal, psíquico o patrimonial proviene de una causa diversa.[680] Correlativamente, el beneficiario debe presentar los antecedentes necesarios que le puedan ser requeridos por el asegurador o por el liquidador para acreditar que el hecho dañoso tuvo como causa directa e inmediata un accidente cubierto por el seguro, y no un hecho diverso.

Para dar cumplimiento a la carga de denuncia del siniestro y de declaración de sus circunstancias y consecuencias, algunas pólizas que se comercializan en el país exigen al beneficiario acompañar los respectivos partes policiales, certificados de exámenes de alcoholemia, informes de un médico tratante o de atención de urgencia, y otros documentos razonablemente vinculados al siniestro.

---

[679] Véase *supra* 95.2, letra a.

[680] En el caso del SOAP, el artículo 29 de la Ley Nº 18.490 consagra expresamente este derecho. La negativa del asegurado a someterse a exámenes, además, exime al asegurador del pago de las indemnizaciones. Véase *supra* 64.3 y 75.

Como algunos seguros de accidentes suponen que el asegurado deba haber sufrido ciertos grados de invalidez, y no sólo la ocurrencia de determinado accidente, un asegurador (y el propio asegurado) pueden requerir la evaluación por medio de una "junta médica" o el cumplimiento de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones". Con ello, y luego de un estudio técnico que determine el grado de invalidez, se procederá a dar o no dar lugar al pago del siniestro.

A pesar de que el legislador no lo dice expresamente, pues la práctica de exámenes médicos del artículo 590 CCOM está comprendida como una carga anterior a la contratación, resulta del todo razonable que el asegurador pueda requerir exámenes al asegurado *a posteriori*, debiendo en este caso la compañía sufragar los costos de dichas pericias.

Las reglas actualmente vigentes sobre Conducta de Mercado (CdM) indican que tanto los aseguradores como los liquidadores deben tener en cuenta los principios de trato justo en la tramitación, liquidación y pago de los siniestros establecidos en la NCG Nº 420. Esta norma exige que los aseguradores y liquidadores operen con mecanismos expeditos para el pago de las indemnizaciones (1.5.a), y eviten requerir documentación innecesaria, excesiva o que ya haya sido presentada por el beneficiario con anterioridad (1.5.b).

95.5. Agravación sustancial del riesgo en seguros de accidentes personales

Como se ha revisado en la parte general de este libro, el artículo 526 inciso final CCOM dispone que "salvo en la modalidad de los seguros de accidentes personales, las normas sobre agravación del riesgo no tienen aplicación en los seguros de personas".[681] La norma, en consecuencia, ordena expresamente aplicar estas reglas a los seguros de accidentes personales.[682]

---

[681] Véanse *supra* 66.4 y 68.10.

[682] Esta excepción debe entenderse aplicable a los seguros de muerte accidental que son legalmente de accidentes personales, aunque genéticamente sean de vida.

De esta manera, si durante la vigencia de una cobertura de accidentes personales se agravan sustancialmente los riesgos declarados, el contratante (o el asegurado en su caso) deberá informarlo al asegurador dentro de los cinco días contados desde que tomó conocimiento. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador puede optar por rescindir el contrato o por ajustar la prima o las condiciones de cobertura. El asegurado (o el contratante) podrá aceptar o no esta proposición del asegurador. Si no se acepta, el contrato de seguro de accidentes personales se dará por rescindido.

Una cuestión distinta ocurre si el accidente ya sucedió sin que el asegurado o el contratante hubieran informado al asegurador de la agravación sustancial de los riesgos. En este caso, el asegurador simplemente queda exonerado de su obligación de indemnizar las coberturas afectadas por el agravamiento.[683]

Si las agravaciones no son sustanciales, de manera que el asegurador hubiese igualmente celebrado el contrato otorgando la cobertura de accidentes personales, pero en condiciones más onerosas para el contratante, la ley plantea un remedio distinto, que evita la terminación y la caducidad. En este caso, el asegurador está facultado para indemnizar una suma menor, la que debe ser proporcional a las condiciones en que "hubiese aceptado el riesgo de haber conocido los riesgos".

Como se ha revisado en el apartado correspondiente, las reglas y efectos de la agravación sustancial del riesgo son una de las materias que deben constar en las condiciones generales de las pólizas.[684]

95.6. Pluralidad de seguros de accidentes

Según se ha expresado, las pólizas de seguros de accidentes suelen contemplar diversas coberturas de las cuales es posible para el contratante elegir una, varias o todas en las condiciones particulares. Asimismo, una de las coberturas de accidentes personales es la de reembolso de gastos

[683] Véase *supra* 69.3.

[684] Véase *supra* 75.

médicos, la que debe seguir la suerte de los seguros de daños por consistir en una cobertura patrimonial, según lo dispone el artículo 601 CCOM.[685]

El seguro de accidentes personales, en su función exclusiva de seguro de personas, permite la pluralidad.[686] De esta manera, las coberturas por desmembramiento, muerte accidental, invalidez, etcétera, pueden contratarse en diversas aseguradoras sin que ello vulnere el principio de indemnización del artículo 550 CCOM, establecido exclusivamente para los seguros de daños. En cambio, y como es evidente, los seguros de accidentes personales que contemplen coberturas patrimoniales deben seguir la suerte de los seguros de daños, vale decir, lo establecido en el artículo 556 CCOM, y en ellos no se permite violentar el principio de indemnización.

95.7. Exclusiones más corrientes de las pólizas de accidentes personales

Dentro de las exclusiones más corrientes en los seguros de accidentes personales se deben contar los daños autoinferidos, que, evidentemente, ni califican como accidentes ni son parte de un riesgo asegurable.

De esta manera, las pólizas suelen excluir expresamente todo accidente atribuido a lesiones autoinferidas, pero también a las que hayan sido causadas con el consentimiento expreso del asegurado. Lo anterior puede ser complejo, pues algunas pólizas excluyen los riesgos quirúrgicos a los que se expone el asegurado cuando se somete a intervenciones que no digan relación con el siniestro cubierto,[687] lo que parece ser una exclusión razonable, siempre que el riesgo esté asociado exclusivamente a la práctica médico-quirúrgica, y no a accidentes diversos que pueda sufrir el asegurado en el pabellón o en el recinto hospitalario.[688]

---

[685] El legislador español contempla la carga de comunicar el cúmulo de seguros de accidentes en el artículo 101 LCS. Con todo, la sanción es la reclamación por daños y perjuicios, y no la reducción de la suma asegurada. Ver SÁNCHEZ CALERO, Fernando (2001), p. 1964.

[686] Expresamente, además, en el caso del SOAP, como se aprecia *infra* 97.

[687] Ejemplo POL 320160355, artículo 4° Nº 28.

[688] SÁNCHEZ CALERO, Fernando (2001), p. 1977, explica, con razón, que estas exclusiones y las normas sobre provocación del daño no pueden recibir aplicación si son justificadas, como

Evidentemente que no califica como muerte accidental el suicidio, aunque ocurra pasados los dos años del artículo 598 CCOM, pues ningún suicidio es accidental.

Suelen también quedar excluidos de cobertura los accidentes que haya sufrido el asegurado bajo los efectos de las drogas o el alcohol, o con ocasión de la práctica de deportes peligrosos. El aumento radical del riesgo en estos casos hace que ningún asegurador esté dispuesto a asumir estos riesgos, al menos no sin cobrar una sobreprima importante.

En algunos contratos se excluyen los accidentes producidos como consecuencia de la práctica de deportes no riesgosos, pero que no fueron declarados en el cuestionario que el asegurador debe proveer en la etapa de declaración del estado del riesgo. Los seguros de accidentes suelen excluir, además, salvo que se incluyan expresamente mediante cláusulas especiales, los accidentes ocurridos como consecuencia de manejo de explosivos, trabajos en altura o electrocución en líneas de alta tensión, vuelos privados, etcétera.

Como en todo seguro de personas, no quedan cubiertos los accidentes causados en guerra, por la acción de la energía nuclear, terremotos sobre cierta graduación, etc.

Como siempre, será necesario que el asegurador (o el corredor en su caso) sea preciso en el lenguaje que utiliza en la comercialización y promoción del seguro, que informe con precisión las exclusiones que son aplicables al contrato, particularmente aquellas que dicen relación con la práctica de ciertos deportes y de actividades calificadas como riesgosas, de manera de proveer información veraz y completa en términos de trato justo (NCG Nº 420), su obligación general de asesoría y de su deber de claridad.

96. Accidentes de trabajo. Seguro legal

El régimen de seguro obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales chileno está regulado en la Ley Nº 16.744, que comenzó

---

aparece en los casos de salvamento de determinadas personas, o la mutilación para evitar una gangrena, o el lanzarse al vacío para evitar las consecuencias de un incendio.

a regir a partir del 1 de febrero de 1968 (Latep). La cuestión, sin embargo, es bastante más antigua, pues los accidentes del trabajo se regularon por primera vez en Chile con la dictación de la Ley Nº 3.170, de 1916. En dicha normativa no se consideraban, como sucede hoy, las enfermedades profesionales. Además, la ley enumeraba taxativamente las causas constitutivas de riesgos, con lo cual muchos accidentes no quedaban cubiertos. Posteriormente, fue promulgada la Ley Nº 4.055, de 1924, que si bien era más completa que la anterior (se agregaron las enfermedades profesionales), mantuvo el criterio de enunciar taxativamente los casos constitutivos de riesgos cubiertos.[689]

En ninguna de estas dos leyes que precedieron el régimen actual se establecía la obligatoriedad del seguro de accidentes y enfermedades profesionales con carácter social, sino que se dejaba entregado al arbitrio de las empresas privadas. De todas formas, quien contrataba este seguro estaba obligado a constituir garantías en la entonces llamada "Caja de Accidentes del Trabajo" con el objeto de solventar el pago de las eventuales pensiones. La Ley Nº 4.055 se incorporó al Código del Trabajo de 1931, bastando ahora que el accidente se produjera "con ocasión del trabajo", cualquiera fuera la naturaleza de éste. Tiempo después, la normativa sufriría una serie de modificaciones por medio de la Ley Nº 8.198, de 1945, por la Ley Nº 10.383 (que crea el Servicio de Seguro Social),[690] y por la Ley Nº 12.435, de 1957, que reajustó las pensiones de accidentes del trabajo.[691]

La legislación actual contempla un seguro obligatorio por accidentes del trabajo (y por enfermedades profesionales), financiado fundamentalmente por las cotizaciones de los empleadores (artículo 15 Latep). La obligación

---

689 Sobre el régimen de la Ley de Seguro Obrero y la reforma de la Ley Nº 4.055, su historia y un amplio análisis del derecho comparado, véase la obra de GONZÁLEZ CORTÉS, Ezequiel (1927), *passim*. Para la historia resumida de la responsabilidad por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en Chile, pp. 48 y ss. DOMÍNGUEZ, ÁGUILA, Ramón (2011), "Los accidentes del trabajo. Historia y versión general de su régimen actual", en *Responsabilidad civil del empresario por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*, Cuadernos de Extensión Nº 20, Santiago de Chile, Universidad de los Andes, pp. 21-30.

690 *Ibid*. p. 28.

691 Véase NASSER, Marcelo y SIERRA, Alfredo (2012), pp. 57 y s. También MARABOLÍ, Lucy, y CARRASCO, Marta (1970), *El seguro social obligatorio contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, p. 27.

del seguro es la de indemnizar (pago de pensiones de invalidez o de fallecimiento) y la de concurrir al pago de prestaciones (artículos 25-51 Latep).

Resulta interesante advertir que esta ley contiene una definición de accidente mucho más amplia que la de las pólizas privadas de accidentes personales, pues considera que accidente del trabajo es "toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte", además de los accidentes de trayecto. La Ley Nº 19.303, de 13 de abril de 1994, incorporó los daños físicos o psíquicos sufridos por trabajadores como consecuencia de robos u otra forma de violencia delictual a causa o con ocasión del trabajo, y la Ley Nº 19.518 agregó los accidentes producidos a causa o con ocasión de actividades de capacitación. Sólo se exceptúan los accidentes "debidos a una fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima"[692] (artículo 5° Latep).

97. Seguro obligatorio de accidentes de vehículos motorizados (SOAP)

El 4 de enero de 1986 se estableció el seguro obligatorio de accidentes personales causados a consecuencia de la circulación de vehículos a motor por medio de la Ley Nº 18.490 (SOAP).[693] La obligación de contratar este seguro legal pesa sobre los propietarios de vehículos motorizados (artículo 4° inciso 1º) que deban contar con permiso de circulación, y contempla una acción directa de los afectados contra el asegurador en su artículo 10, aunque con un plazo de prescripción de un año, mucho menor que el establecido para los seguros tradicionales (artículo 13).

A pesar de ser genéticamente un seguro de accidentes personales y/o de muerte accidental, resulta curioso que sólo puedan comercializar este tipo de pólizas las aseguradoras del primer grupo (artículo 9°).[694]

---

[692] El artículo 6º Latep, con todo, contiene una excepción a la limitación antedicha, en la que en caso de que el afiliado sufra un accidente extraño a su trabajo, pero causado por su necesidad de residir o desempeñar sus labores en el lugar del siniestro, los organismos administradores podrán dar cobertura.

[693] El acrónimo SOAP significa "Seguro Obligatorio de Accidentes Personales".

[694] Véase *supra* 95.1.

Se trata, como hemos revisado anteriormente, de un seguro cuya contratación y contenido deben constar en una póliza dirigida y previamente aprobada por la SVS, hoy CMF,[695] y cuya cobertura está limitada a "la muerte y lesiones corporales que sufran las personas (conductor, ocupantes y terceros afectados) como consecuencia de accidentes en que intervengan el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas" (artículos 24 y 25).

Esta clase de contrato rige por toda la vigencia del certificado, no se resuelve por falta de pago de la prima, ni puede terminarse anticipadamente por decisión de las partes. El pago de siniestros con cargo a la póliza no reduce el monto asegurado ni hace exigible el pago de primas adicionales (artículo 5°).

Una gran diferencia con los seguros de accidentes personales corrientes (e incluso con los de accidentes del trabajo) es que basta acreditar el accidente y las lesiones o muerte de las víctimas para poder tener derecho a la indemnización, sin que sea necesaria una investigación previa de culpabilidad.

Este seguro obligatorio de accidentes personales admite expresamente la pluralidad, tal como lo señala el artículo 14 de la ley, y no afecta el derecho a perseguir la responsabilidad de derecho común contra quienes sean responsables (artículo 15).

Al igual que en los seguros de accidentes corrientes, en que hemos manifestado nuestra opinión favorable a la subrogación,[696] el artículo 16 contiene un régimen de subrogación legal del asegurador en contra de los que resulten responsables del accidente.

A diferencia de lo que ocurre en los seguros corrientes, la obligación condicional de indemnizar está tasada expresamente en la ley y dispone montos relativamente bajos, de hasta UF 300 para el caso de muerte, incapacidad total (2/3), atenciones médicas. La misma cantidad aparece como máxima a indemnizar para cubrir los gastos farmacéuticos, prótesis, rehabilitación, etc. (como copago). Finalmente, se establece un máximo de UF 200 para el caso de decretarse una incapacidad permanente parcial (igual o más

[695] Véase *supra* 44.

[696] Ibíd.

de 30 %). En el caso del SOAP, no son acumulables las indemnizaciones por muerte y por incapacidad.

Así como en materia de seguros de accidentes regulados por el Código de Comercio el legislador ha guardado silencio y ha dejado el problema a las pólizas y a los derechos del liquidador, la Ley Nº 18.490 establece el derecho expreso del asegurador a requerir exámenes médicos con la finalidad de averiguar el grado de incapacidad. La negativa del asegurado deviene en la caducidad legal de la obligación de indemnizar. En ese preciso sentido, el artículo 29 de la ley dispone que el asegurador tiene "siempre el derecho a examinar a la persona lesionada por intermedio del facultativo que al efecto designe, pudiendo adoptar todas las medidas tendientes a la mejor y más completa investigación de aquellos puntos que estime necesarios para establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones".

98. Los seguros de salud

La ley define seguro de salud (llamado también de enfermedad y, en algunas modalidades, de asistencia sanitaria)[697] en el artículo 588 inciso final CCOM, que señala: "Por el seguro de salud, o las modalidades de otros seguros que incluyan dicha cobertura, el asegurador se obliga a pagar, en la forma estipulada en el contrato, los gastos médicos, clínicos, farmacéuticos, de hospitalización u otros en que el asegurado incurra, si éste o sus beneficiarios requiriesen de tratamiento médico a consecuencia de enfermedad o accidente".

Como se aprecia, la definición legal tiene dos problemas importantes. En primer término, sólo se refiere a los seguros de reembolso de gastos incurridos por el asegurado, y, en tal sentido, perfila la cobertura como única o estrictamente patrimonial. Esto significa que para el legislador, en principio, los seguros de "pago contra diagnóstico" en caso de enfermedades graves, que pagan un monto o capital asegurado fijo por evento o para la primera vez que se diagnostique cierta enfermedad, no se ajustan estrictamente a los seguros de esta clase.

[697] Sánchez Calero, Fernando (2001), pp. 2003 y s.

Además, la definición legal no se ciñe estrictamente a las coberturas tradicionales de salud (o también llamadas "seguros de enfermedad"), sino que se aprecia que el legislador la extiende, acaso inadvertidamente, a las coberturas de accidentes, que ya hemos tratado.. Una confusión de las coberturas en la misma definición de seguro de salud ciertamente no parece afortunada.

Actualmente en Chile existe un seguro social de enfermedades profesionales en la Ley Nº 16.744, que hemos analizado anteriormente, al tratar sobre el seguro legal de accidentes del trabajo.[698]

98.1. La enfermedad y sus consecuencias como riesgo del seguro de salud

De la definición de seguro de salud se extrae que, para que opere esta cobertura, no es sólo necesario que se haya incurrido en determinados gastos médicos, hospitalarios u otros asociados a una prestación de salud, sino que éstos deben ser causa directa de una enfermedad.

Pero no toda enfermedad da lugar a un siniestro cubierto, sino sólo las que han sido consideradas en la delimitación del riesgo (al fijar la cobertura o al determinar las exclusiones) en la póliza.

Un asegurador responsable debe ser cuidadoso a la hora de delimitar el riesgo de enfermedad, definiendo con detalle cada una de las patologías que quiere cubrir y excluir, conforme lo indica el artículo 530 CCOM, y siempre deberá tener en cuenta la regla del inciso 2º de dicho artículo, que a falta de estipulación hace responsable al asegurador de todos los riesgos que "por su naturaleza correspondan", salvo los excluidos por la ley.[699]

---

[698] Véase *supra* 96. Sobre las enfermedades profesionales en detalle, véase SIERRA, Alfredo y NASSER, Marcelo (2012), pp. 57-76.

[699] Sobre esta delimitación y sus efectos, véase *supra* 62.1.

98.2. Compañías de seguros que pueden ofrecer seguros de salud

Según hemos revisado, el artículo 8º D.F.L. Nº 251 dispone que son compañías "del segundo grupo las cubran los riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital, una póliza saldada o una renta para el asegurado o sus beneficiarios". Sin embargo, el artículo 11 del mismo D.F.L. Nº 251 contempla una excepción muy importante, pues permite que las entidades aseguradoras de uno y otro grupo puedan cubrir los riesgos de salud.

98.3. Seguros complementarios de reembolso

Los seguros de salud pueden dividirse, básicamente, en dos clases según el riesgo asegurado. La primera clase de seguros de salud corresponde a seguros de reembolso de gastos, que por disposición del artículo 601 CCOM deben regirse, en lo que corresponda, por las reglas de los seguros de daños. En esta materia, debemos remitirnos a lo señalado para los seguros de accidentes personales que consistan en reembolso.[700]

Los seguros de esta clase suelen reembolsar gastos médicos "razonables y acostumbrados" en carácter de complementarios a los seguros públicos provistos por el sistema estatal o privado (o de seguridad social), e incluso otros seguros o convenios que tenga el asegurado, y por ello se denominan precisamente "seguros complementarios". Con todo, existen pólizas de salud complementarias que aceptan asegurados no afiliados a un sistema de salud público o privado, pero ofrecen, evidentemente, prestaciones más limitadas y menores montos a reembolsar.

Las coberturas por gastos "razonables y acostumbrados" como consecuencia de una determinada enfermedad pueden incluir gastos hospitalarios (incluidos exámenes, consultas médicas, interconsultas, etc.), medicamentos intrahospitalarios, gastos por prestaciones de salud mental, kinesiología, etc. A estas coberturas suelen agregarse algunas de traslados en ambulancias, helicóptero, entre otras, desde o hacia el establecimiento hospitalario.

---

[700] Véase *supra* 95.2, letra d.

Asimismo, existen pólizas que ofrecen reembolso parcial de medicamentos, prótesis, órtesis y, en ocasiones, aparatos ópticos, todo dentro de los términos y condiciones expresados en la póliza.

Dado su carácter de "complementarios", las pólizas suelen exigir a los contratantes que informen a la compañía la existencia de otros beneficios contratados que otorguen similares coberturas médicas y su afiliación a una Isapre o Fonasa.

Dependiendo de las coberturas contratadas, los seguros de salud contemplan un proceso de suscripción riguroso, con cuestionarios para delimitar el riesgo asegurable (Declaración Personal de Salud o DPS) y eventualmente los exámenes médicos del artículo 590 CCOM, medición del índice de masa corporal (IMC), etcétera.

98.4. Seguros de reembolso

Algunas coberturas de reembolso de gastos por enfermedad contemplan reembolso de gastos médicos de alto costo. Estos gastos médicos cubren los incurridos por el asegurado por causa directa y necesaria de enfermedades diagnosticadas durante la vigencia de la póliza, tales como infarto agudo al miocardio, insuficiencias renales crónicas, cáncer e incluso los gastos asociados a trasplantes de órganos.

La obligación condicional del asegurador en esta clase de aseguramiento también puede contener otras prestaciones, tales como viajes al extranjero, hospitalizaciones en centros médicos determinados, prótesis, y toda clase de reembolso de gastos asociados directamente a la enfermedad.

Por regla general, una enfermedad catastrófica es la que genera, en un período de tiempo corto definido en las condiciones particulares, gastos que superen el deducible o franquicia acordado en el contrato. Como es razonable, los deducibles asociados a estas coberturas son bastante altos.

Para la adecuada suscripción del riesgo es muy importante que las pólizas contemplen una adecuada definición de enfermedad catastrófica, idealmente identificándolas una a una, y contemplando una lista de exclusiones completa y bien determinada en las condiciones generales.

98.5. Requisitos para obtener el pago de la indemnización

Las pólizas de seguro complementario de salud contemplan como condición previa y necesaria para obtener el pago de la indemnización[701] que el beneficiario obtenga el reembolso de parte de su institución de salud pública o privada. Incluso hay pólizas que exigen como condición de asegurabilidad la simple afiliación a determinados planes o sistemas de salud.

Asimismo, para dar lugar al pago, es necesario que el beneficiario presente la documentación en original, de manera de evitar dobles indemnizaciones por un mismo siniestro o gasto. Esta documentación normalmente consistirá en boletas de honorarios, facturas de hospitales o clínicas, boletas de venta de medicamentos, etcétera.

Algunas pólizas, además, condicionan el reembolso de los gastos a que el asegurado reciba atención con determinados prestadores de salud, previamente designados por el asegurador en las condiciones particulares de la póliza. Por supuesto que, si el prestador deja de existir o no se encuentra disponible por alguna razón no imputable al asegurado, el asegurador deberá igualmente responder, al menos, hasta por el monto que hubiese pagado a dicho prestador.

98.6. Plazo para denunciar el siniestro y obtener reembolso de gastos de salud

Por tratarse de una cobertura patrimonial, el siniestro que da lugar al reembolso de gastos médicos, clínicos u otros, sólo se produce con la disposición patrimonial efectiva por parte del asegurado a favor del prestador.

---

[701] Se trata de una especie de *condition precedent*, esto es, según señalan Lawry, Rawlings y Merkin (2011), p. 154, una condición cuyo incumplimiento puede derivar en que el contrato no exista, o puede suspender las obligaciones de una u otra parte, en todo o en parte… Sobre la condición como "garantía", véase la *Marine Insurance Act*, de 1906, 33 (3): "A warranty is a condition that must be exactly complied with, whether it is material to the risk or not. If it be not so complied with (…) the insurer is discharged from liability". La ley chilena (artículo 513 letra l) del Código de Comercio) define a las garantías como "los requisitos destinados a circunscribir o disminuir el riesgo, estipulados en un contrato de seguro como condiciones que deben cumplirse para que haya lugar a la indemnización en caso de siniestro".

Por esta misma razón, y acaso para corregir una interpretación equivocada de parte de los operadores del mercado, la Circular Nº 1.935 establece (III.3) que el "plazo de aviso del siniestro se contará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina".

Con lo anterior se evita que los asegurados deban soportar un eventual rechazo de un siniestro por parte de un asegurador atribuible más que la desidia en la denuncia, a la tardanza del prestador de salud en la emisión final de la boleta de servicios u otra documentación que pueda fundar el siniestro.

98.7. Seguros de salud en modalidad "pago contra diagnóstico"

Por otra parte, existen los seguros catastróficos, en los que contratante y asegurador pactan que el segundo pagará un monto o capital asegurado en el evento en que al asegurado se le diagnostique una enfermedad grave descrita en la póliza, tales como cáncer, insuficiencias renales, infartos u otras.

La diferencia entre los riesgos asociados a reembolso de gastos y los de pago contra diagnóstico es evidente, pues los riesgos de una y otra clase de cobertura son de diversa naturaleza. Los primeros consisten en coberturas patrimoniales, y por ello se rigen por las normas asociadas a los seguros de daños, tales como el principio de indemnización del artículo 550 CCOM y las reglas de la subrogación legal del artículo 534 CCOM, si ésta procediere.

En cambio, los seguros de pago contra diagnóstico dan lugar al pago de un capital en el caso en que el asegurado sea diagnosticado con una determinada enfermedad descrita en la póliza y, por ello, deben regir a su respecto las reglas propias de los seguros de personas, tales como la tolerancia a la pluralidad de seguros, la no subrogación, etcétera.

98.8. Vigencia de los seguros de salud

Los seguros de salud se pactan, normalmente, con una vigencia anual. Los contratos suelen contener una cláusula de renovación automática para el caso en que ninguna de las partes señale lo contrario mediante un proce-

dimiento establecido en la póliza.[702] Lo anterior ha traído problemas tanto a la industria aseguradora como a los asegurados y contratantes. En primer lugar, muchas coberturas de salud se pactan como cláusulas adicionales (CAD) a pólizas de seguro de vida (POL), lo que trae como consecuencia que, siendo la póliza de seguro de vida un contrato de larga duración en que el asegurador jamás puede hacer caducar la cobertura (artículo 600 CCOM), la cobertura adicional accesoria se pacta con una duración sólo anual.

Frente a esta realidad, la autoridad ha regulado con celo la información acerca de la duración de las coberturas de salud mediante la Circular Nº 1.935, de 5 de agosto de 2009, que ordena a las aseguradoras contemplar (a continuación de la individualización del asegurable o contratante), no en las pólizas, sino que en las propuestas, las cotizaciones o en las solicitudes de incorporación de los seguros colectivos, una "leyenda obligatoria, en forma visible y destacada, empleando para ello caracteres de tamaño superior y fondo distinto del resto del documento, a fin que sea claramente identificable", la duración del seguro y las condiciones de renovación, entre otras informaciones de relevancia.

La información requerida por el fiscalizador debe ser entregada antes de contratar el seguro y debe comprender, además, un "cuadro resumen" en que el asegurador deberá marcar "Sí" o "No" el seguro contempla renovación garantizada, o si aumentará la prima en caso de renovación, entre otras informaciones importantes.

Asimismo, los seguros de salud, y muy especialmente los seguros catastróficos, suelen contemplar un plazo máximo de duración del evento cubierto por la póliza, consistentemente con lo dispuesto en el inciso 1º del artículo 523 CCOM. La tarificación (y la consecuente prima) de estos seguros supone un ámbito de vigencia limitado a un año, por lo que una enfermedad que comienza durante el año de vigencia del seguro de salud que se extiende al próximo año en que el seguro ha caducado podría causar problemas de cobertura, especialmente si se tiene en consideración lo prescrito en el artículo 532 CCOM.

---

[702] Se trata de una condición negativa de no pedir su terminación, mediante un procedimiento preestablecido en el contrato. El derecho a poner término al contrato es, como se ve, un derecho de todas las partes del contrato.

98.9. Agravación sustancial del riesgo en seguros de salud

Como se ha visto al tratar de esta cuestión a propósito de los accidentes personales, el artículo 526 inciso final CCOM[703] ordena aplicar las reglas sobre agravación del riesgo a los seguros de accidentes personales, no obstante excluir a los demás seguros de personas.[704] La cuestión es compleja, pues una lectura extremadamente rígida de esta norma implicaría no aplicar las reglas de agravación del riesgo a los seguros de salud. Lo anterior se torna más complejo cuando se constata que la propia definición de seguro de salud comprende ciertas coberturas accidentales, y que las mismas pólizas suelen confundir ambos conceptos.

Resulta evidente que para las coberturas patrimoniales (reembolsos) deben aplicarse las reglas de los seguros de daños por aplicación del artículo 601 CCOM, por lo que toda agravación sustancial de riesgo ocurrida durante la vigencia de una cobertura de salud deberá ser informada al asegurador dentro de los cinco días contados desde que el contratante o el asegurado, en su caso, tomaron conocimiento. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador puede optar por rescindir el contrato o por ajustar la prima o las condiciones de cobertura. El asegurado (o el contratante) podrá aceptar o no esta proposición del asegurador. Si no se acepta, el contrato de seguro de salud se dará por rescindido.

Una cuestión distinta ocurre si el siniestro ya ocurrió sin que el asegurado o el contratante hubieran informado al asegurador de la agravación sustancial de los riesgos. En este caso, el asegurador simplemente queda exonerado de su obligación de indemnizar las coberturas afectadas por el agravamiento.[705]

Si las agravaciones no son sustanciales, de manera que el asegurador hubiese igualmente celebrado el contrato otorgando la cobertura de salud, pero en condiciones más onerosas para el contratante, la ley plantea un

---

[703] Véase *supra* 68.10, 69.3 y 95.5.

[704] Esta excepción debe entenderse aplicable a los seguros de muerte accidental, que son legalmente de accidentes personales, aunque genéticamente sean de vida.

[705] Véase *supra* 68.10.

remedio distinto, que evita la terminación y la caducidad. En este caso, el asegurador está facultado para indemnizar una suma menor, la que debe ser proporcional a las condiciones en que "hubiese aceptado el riesgo de haber conocido los riesgos".

Más problemática es la situación de los seguros de pago contra diagnóstico. Pensamos que, en este caso, y por el hecho de ser genéticamente seguros de personas, las reglas de agravación del riesgo no pueden aplicarse.

98.10. Pluralidad de seguros de salud

Los seguros de salud suelen contemplar diversas coberturas de las cuales es posible al contratante elegir una, varias o todas en las condiciones particulares. Respecto de las coberturas de reembolso de gastos, debe seguirse la suerte de los seguros de daños por consistir en una cobertura patrimonial, según lo dispone el artículo 601 CCOM. En este sentido, el contratante de un seguro de salud deberá comunicar la pluralidad de seguros a su asegurador y no podrá romper lícitamente el principio de indemnización del artículo 550 CCOM cobrando dos veces el mismo reembolso a dos aseguradores distintos.

En cambio, el seguro de salud, en cuanto seguro de personas no patrimonial, sí permite la pluralidad.[706] Así, las coberturas por pago contra diagnóstico y toda cobertura que no sea de reembolso de gastos podrán contratarse en diversas aseguradoras, sin que ello vulnere el principio de indemnización del artículo 550 CCOM. En esto, los seguros de salud como los de accidentes deben regirse por las mismas reglas.

98.11. Principales exclusiones

Dependiendo de las coberturas contratadas, las pólizas de seguro de salud contemplan una serie de exclusiones más o menos típicas. Así, las pólizas de reembolsos de "gastos médicos razonables" no suelen cubrir gastos generados por enfermedades catastróficas ni trasplantes. También

[706] Expresamente, además, en el caso del SOAP, como se aprecia *supra* 97.

excluyen los gastos por concepto de prótesis u órtesis, así como los aparatos ópticos, salvo que se contraten por separado, y con una sobreprima.

Muchas pólizas excluyen expresamente los gastos producidos por causa directa y necesaria de enfermedades psicológicas y psiquiátricas, aunque existen en el mercado hoy varias pólizas que sí contemplan estas coberturas.

En general, todas las pólizas de seguro de salud, complementarias o catastróficas excluyen toda clase gastos generados como consecuencia de cirugías estéticas o reparadoras, críopreservación, tratamientos experimentales, terapias con células madres, y los provenientes de tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia humana, SIDA o hepatitis B o C.

Bibliografía

Agramunt, Edmundo (2015), "Comentario al artículo 556", "Comentario al artículo 550", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 549-559.

Alcalde, Jaime (2014), "La historia legislativa de la agencia de sociedad extranjera", en *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, Nº 42, pp. 599-634.

Alonso, José Manuel (2008), "El sistema chatelusiano", en *Mercado Previsor* Nº 484-485, Madrid, pp. 48-51.

Amunátegui, Andrés (2015), "Comentario al artículo 550", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 513-518.

Arellano, Sergio (2013), *La ley del seguro*, Santiago de Chile, Thomson Reuters.

Badenas Carpio, Juan Manuel (1995), *La renta vitalicia onerosa*, Pamplona, Aranzadi.

Bahamonde, Ángel (1981), *El horizonte económico de la burguesía isabelina*, *Madrid, 1856-1866*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

Barrera Monje, Alejandro (2015), "El seguro de vida y sus extensiones de cobertura", en *Seguros. Temas esenciales* (Fernando Palacios, Editor), Bogotá, 4ª edición, ECOE y U. de la Sabana.

Barrientos, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 515", en *"Comentario al artículo 550",* en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII*

Libro II del Código de Comercio (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 200-208.

___(2016), *Normas sobre la protección de los derechos de los consumidores en el contrato de seguro en Chile*, Madrid, Fundación Mapfre.

BARROILHET, Claudio y ANGELBECK, Robert (2017), *Derecho de seguros*, Santiago de Chile, Librotecnia.

BATALLER, Juan; LATORRE, Nuria, y OLAVARRÍA, Jesús (2007), *Derecho de los seguros privados*, Madrid, Marcial Pons.

BEIGNIER, Bernard y DO CARMO SILVA, Jean-Michel [dir.] (2016), *Code des assurances*, 10ª Edición, París, LexisNexis.

BENÍTEZ DE LUGO, Luis (1955), *Tratado de seguros*, Vol. I, Madrid, Reus.

BERMÚDEZ, Jorge (2012), *Derecho administrativo general*, Santiago de Chile, LegalPublishing.

BETTI, Emilio (1969), *Teoría general de las obligaciones I* [De los Mozos, Trad.], Madrid, Ed. Revista de Derecho Privado.

Boletín de las Leyes y Decretos del Gobierno (1865), Imprenta Nacional, Santiago.

BOTER, Fermando (1928), *Rentas vitalicias chatelusianas*, Imp. Casanovas, Barcelona.

BRAHM GARCÍA, Enrique (2000), *José Gabriel Ocampo y la codificación comercial chilena*, Ed. Universidad de los Andes, Colección Jurídica Nº 5, Santiago.

BRAVO, Rodrigo y JUPPET, María Fernanda (2012), "Cuestionamiento de validez del mandato para completar pagarés y letras de cambio en blanco como parte de un contrato de adhesión", en *Actualidad Jurídica* 25, pp. 489-502.

BRICEÑO TRUJILLO, Moisés (1898), *El seguro de vida*, Santiago de Chile, Imprenta de la Gaceta.

CABANILLAS, Antonio (1988), *Las cargas del acreedor en el derecho civil y en el mercantil*, Madrid, Montecorvo.

CAMACHO CLAVIJO, Sandra (2006), "Tráfico jurídico electrónico y contrato de seguro", en *Revista Española de Seguros*, Nº 127, pp. 433-474.

Cámara de Comercio de Santiago, *Código de buenas prácticas para el comercio electrónico*, Santiago, s/d.

Caprile, Bruno (2013), "La ineficacia del mandato conferido por los clientes a las instituciones financieras para suscribir pagarés a su favor antes y después del Sernac financiero", en *Condiciones generales de contratación. Cuadernos de Análisis Jurídico Fundación Fueyo-Universidad Diego Portales*, Nº VIII, pp. 191-217.

Carvajal, Patricio (2002), "Sugerencias para un derecho de consumo unitario", en *Revista Chilena de Derecho,* vol. 29 Nº 1, pp. 127-137.

Clarke, Malcom *et al.* (2002), *The Law of Insurance Contracts*, 4th Ed., London, LLP.

Claro Solar, Luis (1979), *Explicaciones de Derecho Civil chileno y comparado III*, *Los bienes*, Santiago de Chile, Ed. Jurídica de Chile.

Coing, Helmut (1996), *Derecho privado europeo* I [Pérez Martín, Trad.], Madrid, Fundación Cultural del Notariado.

Compton, Charles (1833), *A Treatise on Tontines*, London, J. Powell Ed.

Contardo, Juan Ignacio (2013), "Comentario al artículo 43", en *La protección de los derechos de los consumidores*. *Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 899-918.

Contreras, Osvaldo (2006), "El interés asegurable. Su relevancia en el seguro", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros,* Nº 16, pp. 43-87.

___(1982), *Derecho de seguros*, Santiago de Chile, Ed. Jurídica de Chile.

___(1998), *Jurisprudencia sobre seguros. Recopilación y análisis* (Tomos I, II y III), Santiago de Chile, Ed. Jurídica de Chile.

___(2014), *Derecho de seguros*, Santiago de Chile, Thomson Reuters.

Corral, Hernán (2010), *Contratos y daños por incumplimiento*, Santiago de Chile, Abeledo Perrot Legal Publishing.

Cortez, Gonzalo (2013), "Comentario al artículo 50 párrafo 1", en *La protección de los derechos de los consumidores. Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 951-966.

COUTIN MARIE, Gisele (2017), "Las estadísticas de mortalidad cubanas en el siglo XIX y la contribución el doctor Ambrosio González del Valle", en *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (1). Cita de 3 de octubre de 2017 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000100010&lng=es&tlng=es.

CROCCO, Eduardo (2008), "Historia del seguro de vida rioplatense desde su aparición hasta su consolidación en 1859". en *Ius Historia*, Universidad del Salvador, Nº 5 (2008), pp. 245-260.

CUÑAT, Vicente (2015), "Seguros de personas", en *Revista Española de Seguros* Nºs. 163-164, pp. 521-538.

DE LA MAZA, Íñigo (2012), "Contratos por adhesión y cláusulas abusivas. ¿Por qué el Estado y no solamente el mercado?", en *Consumidores* (Barrientos, F.; De la Maza, I.; Pizarro, C., Editores), Abeledo Perrot-Thomson Reuters-Fundación Fernando Fueyo, Santiago, pp. 1-46 (*Revista Chilena de Derecho Privado*, Nº 1 (2003), pp. 109-147).

___(2004), "El control de cláusulas abusivas y la letra g", en *Revista Chilena de Derecho Privado* Nº 3, pp. 35-68.

___(2013), "Comentario al artículo 17 B letras a, b, c, d, e, f", en *La protección de los derechos de los consumidores*. *Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 376-398.

DE MARTÍN MUÑOZ, Alberto (2004), "Las condiciones generales como parte de un contrato de seguro", en *Revista Española de Seguros,* pp. 47-70.

DEPARCIEUX, Antoine (1746), *Essai sur les probabilités de la durée de la vie humaine: D'où l'on déduit la manière de déterminer les rentes viagères tant simples qu'en tontines [Addition à l'essai dus les probabilités de la durée de a vie humaine...]*, París, Freres Guerin.

DÍAZ DE VALDÉS, José Manuel (2010), "Anomalías constitucionales de las superintendencias: Un diagnóstico", en *Estudios Constitucionales*, Año 8, Nº 1, pp. 249-282.

DÍAZ, Ignacio y NASSER, Marcelo (2015), "Chapter 12: Chile", en *International Insurance Law & Regulation*, Graz, Westlaw-Thomson Reuters, pp. 477-509.

Divar Garteiz-Aurrecoa, Javier (2010), "Las Ordenanzas de Bilbao como antecedente de la codificación mercantil en España", en *Boletín de la Asociación Internacional de Derecho Cooperativo*, Nº 44, pp. 263-283.

Domínguez Águila, Ramón (1998), "Comentario de Sentencia Corte de Apelaciones de Concepción, 5 de junio, 1997. Charó Cáceres con Cigna Cía. de Seguros de Vida (Chile) S.A. Recurso de Protección. Deber de información y de informarse ante el seguro de desgravamen", en *Revista Chilena de Derecho* Nº 25, pp. 205-215.

___(2011), "Los accidentes del trabajo. Historia y versión general de su régimen actual", en *Responsabilidad civil del empresario por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*, Cuadernos de Extensión Nº 20, Santiago de Chile, Universidad de los Andes, pp. 21-30.

Domínguez Benavente, Ramón y Domínguez Águila, Ramón (1998), *Derecho sucesorio*, Tomo I, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile.

Donati, Antigono (1954), *Trattato del Diritto delle Assicurazioni Private*, Vol. II, Milano, Guiffre.

Drake, Paul W. (1984), "La Misión Kemmerer a Chile: Consejeros norteamericanos, estabilización y endeudamiento. 1925-1932", en *Cuadernos de Historia* de la *Universidad de Chile*, Nº 4, pp. 31-59.

Dupuich, Paul (1922), *L'assurance vie*. *Théorie et practique jurisprudence*, Paris, Dalloz.

Ehrenberg, Victor (1893), *Versicherungsrecht, Sistematisches Handbuch der Deutschen Rechtswissenschaft*, Liepzig, Duncker & Humblot.

El Porvenir de las Familias (1858), *Estatutos de El Porvenir de las Familias Compañía Jeneral de Seguros Mutuos sobre la Vida*, Bogotá.

Equitable Life Asssurance Society (1891), *Tables for 1891 to illustrate the advantages of Tontine policies and Bonds*, *s/l*.

Espada Mallorquín, Susana (2013), "Comentario al artículo 4", en *La protección de los derechos de los consumidores*. *Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 194-200.

Espinosa Moder, Augusto (1928), *Régimen legal del comercio de los seguros en Chile*, Santiago de Chile, Imprenta Electra.

GALLARDO, Marcelo (2015), "Comentario al artículo 512 inciso 2º, *en El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 42-55.

___(2015), "Comentario al artículo 588", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 751-764.

___(2015), "Comentario al artículo 589", *en El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 765-773.

GARRIGUES, Joaquín (1982), *El contrato de seguro terrestre*, 2ª Edición, Madrid, Montecorvo.

___(1982), "Reflexiones sobre el contrato de seguro" en *Revista Española de Seguros*, Nº 32, pp. 541-553.

___(1983), *Curso de Derecho Mercantil*, t. II, 8ª Edición, Madrid, Montecorvo.

GEMENO MARÍN, Juan Ramón (2014), "Condiciones generales y contrato de seguro", en *Revista Española de Seguros,* Nº 117, pp. 71-116.

GOLDENBERG, Juan Luis (2013), "Comentario al artículo 17 D", en *La protección de los derechos de los consumidores*. *Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 419-439.

___(2015), "Comentario al artículo 540", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 442-455.

GONZÁLEZ CORTÉS, Ezequiel (1927), *Los seguros sociales (enfermedad, maternidad, invalidez y muerte)*, Santiago.

GONZÁLEZ, Joel (2017), "Mandatos irrevocables: un cuestionamiento a su general aceptación", en *Revista Chilena de Derecho*, vol. 44, pp. 33-57.

GUERRA, Margarita (1996), *La ocupación de Lima 1881-1883. Aspectos económicos*, Lima, Ed. P. Universidad Católica del Perú.

HOYL, Rodrigo y RUIZ-TAGLE, Carlos (2014), *El contrato de seguro*, Santiago de Chile, Thomson Reuters.

Jara, Rony (2006), "Ámbito de aplicación de la ley chilena de protección al consumidor: Aplicación de la Ley Nº 19.496 y las modificaciones de la Ley Nº 19.955", en *La protección de los derechos de los consumidores en Chile*, *Cuadernos de Extensión de la Universidad de los Andes*, Santiago de Chile, Universidad de los Andes, pp. 21-58.

Jequier, Eduardo (2011), "El arbitraje forzoso en Chile (un examen de constitucionalidad en el ordenamiento jurídico chileno)", en *Estudios Constitucionales*, vol. 9, Nº 2, pp. 481-487.

Lagos, Osvaldo (2006), *Las cargas del acreedor en el seguro de responsabilidad civil*, Madrid, Fundación Mapfre.

___(2012), "Comentarios e indicaciones al proyecto de ley sobre reforma al Código de Comercio en materia de seguros", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros*, Nº 21, pp. 121 y ss.

___en Boletín ADECO Academia de Derecho y Consumo de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales y Fundación Fueyo), en http://www.derechoyconsumo.udp.cl/boletin/Derecho_y_Consumo_boletin_ago_sep_2013.pdf, correspondiente al ejemplar de agosto-septiembre de 2013, pp. 2-8.

Lanata, Gabriela (2015), *Manual de legislación previsional*, Santiago de Chile, Thomson Reuters.

Latorre Chiner, Nuria (1998), *Revista Española de Derecho de Seguros,* Nº 93, pp. 147-165.

Lawry, John; Rawlings, Philip, y Merkin, Robert (2011), *Insurance Law. Doctrines and Principles*, 3rd Ed., Oxford, Hart Publishers.

Llorca Jaña, Manuel (2011), *La historia del seguro en Chile, 1810-2010*, Madrid, Fundación Mapfre.

López Santa María, Jorge (1971), "Causa y *consideration* en los contratos", en *Revista de Derecho y Jurisprudencia,* vol. LXVIII Nº 2, pp. 71-81.

___(2010) *Los contratos. Parte general*, Santiago de Chile, LegalPublishing.

Lorenzini Barría, Jaime (2014), "Impactos de la protección al consumidor en los mandatos a propósito de contratos de consumo", en *Estudios de Derecho Comercial*, Santiago de Chile, Departamento de Derecho Comercial Universidad de Chile, pp. 129-140.

MAC GILLIVRAY, Evan James (2003), *On Insurance Law*, 10th Edition, London, Sweet & Maxwell.

MARABOLÍ, Lucy y CARRASCO, Marta (1970), *El seguro social obligatorio contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*, Santiago de Chile, Ed. Jurídica de Chile.

MARICHAL, Carlos (1999), "Las finanzas y la construcción de las nuevas naciones latinoamericanas, 1810-1880", en *Historia general de América Latina*, Vol. 6, 1999, *La construcción de las naciones latinoamericanas* [Manuel Miño Grijalva (Coord), Josefina Zoraida Vázquez (Dir.)], Madrid, Unesco.

MARTÍNEZ GIJÓN, José (1987), "El capítulo X de las ordenanzas del Consulado de Bilbao de 1737", en *Revista Chilena de Historia del Derecho,* Nº 13, pp. 159-176.

MCKEEVER, Kent (2010), "A short history of Tontines", en *Fordham Journal of Corporate and Financial Law*, Nº 15, pp. 491-521.

MELIJ, Gustavo (1995), *El seguro de vida*, Buenos Aires, Depalma.

Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que modifica el Decreto Ley Nº 3.500 de 1980 (17 de enero de 1994), Sesión 32ª, Legislatura 327ª.

MILEVSKY, Moshe (2015), *King William's Tontine. Why the Retirement Annuity of the Future should Resemble its Past*, New York, Cambridge University Press.

MINZONI CONSORTI, Antonio (2015), *Crónica de dos siglos del seguro en México*, México DF, Ed. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

MIQUEL, José María (2004), "Algunos aspectos del control de contenido de las condiciones generales en la Ley española", en *Revista Española de Seguros*, Nº 117, pp. 7-46.

MOMBERG, Rodrigo (2013), "Comentario al artículo 4°", en *La protección de los derechos de los consumidores. Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 190-193.

MOMBERG, Rodrigo y PIZARRO, Carlos (2013), "Comentario al artículo 16 g", en *La protección de los derechos de los consumidores*. *Comentarios a*

la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores.; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 340-351.

Nasser, Marcelo y Sierra, Alfredo (2012), "La responsabilidad del empleador por enfermedades profesionales de sus trabajadores. Enfoque jurisprudencial", en *Revista Chilena de Derecho,* vol. 39, Nº 1, pp. 57-76.

Nasser, Marcelo (2010), *Asimilaciones a la compraventa el Derecho Romano*, Santiago de Chile, Abeledo Perrot.

___(2013), "Solución de controversias tras la entrada en vigencia de la nueva Ley de Contrato de Seguro Nº 20.667", en *Cuadernos de Análisis Jurídico* VII, Santiago de Chile, UDP-Fundación Fueyo, pp. 259-282.

___(2014), "La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y la Protección al Consumidor", en *Derechos y deberes de los pacientes. Estudios y textos legales y reglamentarios* (Milos, P. y Corral, H., editores), *Cuadernos de Extensión* Nº 24, Santiago de Chile, Universidad de los Andes, Santiago, pp. 91-99.

___(2015), "Comentario al artículo 534", *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 386-400.

___(2017), "Solución de controversias en la actual legislación de seguros", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros,* Nº 26, pp. 79-106.

Nicolas, Veronique (2012), *Droit des contrats d'assurance*, en *Corpus Droit Privé* (Molfessis. Dir.), Paris, Economica.

Ortiz Guzmán, Fabio (2014), "Cálculo de primas y reservas de seguros de vida por J. Garavito", en *Lecturas matemáticas* vol 35, Nº 1, pp. 59-85.

Palacios, Fernando (2012), *El seguro. Causas y soluciones de los conflictos entre asegurados y aseguradores con ocasión del siniestro*, Bogotá, Ibáñez - Univ. de La Sabana.

Pantaleón Prieto, Fernando (1982), "Notas sobre la nueva Ley de Contrato de Seguro" (Verdera, Evelio, editor), en *Comentarios a la Ley de Contrato de Seguro*, Madrid, Colegio Universitario de Estudios Financieros.

Peñailillo, Daniel (2003), *Las obligaciones*, Santiago de Chile, Ed. Jurídica de Chile.

PICARD, Maurice y BESSON, André (1964), *Les assurances terrestres en Droit Francais*, 2ª Edición, París, L.G.D.J.

PIESCHACÓN, Camilo (2011), *El seguro de vida en América Latina*, Madrid, Fundación Mapfre.

PINOCHET OLAVE, Ruperto (2013), "Comentario al artículo 12 A", en *La protección de los derechos de los consumidores*. *Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 265-282.

PIZARRO, Carlos (2013), "Comentario al artículo 16 A", en *La protección de los derechos de los consumidores. Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I, y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 352-356.

___(2013), "Comentario al artículo 17 E", en *La protección de los derechos de los consumidores. Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 440-442.

PLANIOL, Marcel (1921), *Traité practique de Droit Civil Francais*, II, Paris, LGDJ.

PLANIOL, Marcel y RIPERT, Georges (1946), *Tratado práctico de Derecho Civil francés, Los contratos civiles*, T. XI, Segunda parte (Mario Díaz, Trad.), La Habana.

PONS, Jeronia (2014), "El sector asegurador en el sistema financiero español 1814-2000", en *El sistema financiero en España contemporánea* (Gutiérrez, José, y Martínez, Javier, Editores), Santander, Ediciones Universidad de Cantabria, pp. 279-309.

PORTALIS, Jean-Étienne-Marie (1844), *Discours, rapports et travaux inédits sur le Code civil*, Joubert, Paris.

POTHIER, Robert Joseph (1891), *Ouvres*, Tomo V (Por Bugnet), Paris, Cosse et Delamotte.

PROVOST, Magalie (2009), *La notion d'intérêt d'assurance,* Paris, L.G.D.G.

QUIROZ, Hernán (2009), "El principio de reserva legal en la actividad aseguradora", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros*, Nº 19, pp. 32-66.

Ransom, Roger y Sutch, Richard (1987), "Tontine Insurance and the Armstrong Investigation: A Case of Stifled Innovation, 1868-1905", en *Journal of Economic History*, Nº 80, pp. 379-390.

Ríos, Roberto (2014), *El deber precontractual de declaración del riesgo en el seguro de daños*, Santiago de Chile, Thomson Reuters-La Ley.

___(2014), "La imperatividad de las normas que regulan el contrato de seguro en el ordenamiento jurídico chileno y el control de contenido del contrato: ¿Cambio radical en el sistema de aseguramiento?", en *Estudios de Derecho Comercial*, Santiago de Chile, Thomson-Reuters, pp. 821-837.

___(2015), "Comentario al artículo 512 inciso 1°", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 31-41.

___(2015), "Comentario al artículo 513 letra a", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 56-58.

___(2015), "Comentarios al artículo 513 letra c", *en El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 62-66.

___(2015), "Comentario al artículo 513 letra p", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 115-124.

___(2015), "Comentario al artículo 513 letra s", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters.

___(2015), "Comentario al artículo 527", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 322-327.

___(2015), "Comentario al artículo 530", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 361-367.

___(2015), "Comentario al artículo 542", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 461-473.

RUIZ-TAGLE, Carlos (2011), *La buena fe en el contrato de seguro de vida*, Santiago de Chile, Ed. Jurídica de Chile.

___(2015), "Comentarios al artículo 593", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 787-790.

___(2015), "Comentario al artículo 597", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio* (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 803-804.

SALAMANCA, Óscar (1901), *Algunas consideraciones sobre el contrato de seguro y la reglamentación de las compañías anónimas extranjeras*, Talca, Imprenta de la Libertad.

___(1901b), *Contrato de seguro y la reglamentación de las compañías anónimas extranjeras*, Talca, Imprenta de la Libertad.

SAN MARTÍN, Lilian (2013), "Comentario al artículo 17 B letra G", en *La protección de los derechos de los consumidores. Comentarios a la Ley de Protección a los Derechos de los Consumidores*, (De la Maza, I. y Pizarro, C., Editores; Barrientos, F., Coordinadora), Santiago de Chile, Thomson Reuters-UDP-Fundación Fernando Fueyo, pp. 399-411.

SÁNCHEZ CALERO, Fernando (2001), en *Ley de Contrato de Seguro*, 2ª Edición, Pamplona, Aranzadi.

SIERRA HERRERO, Alfredo y NASSER OLEA, Marcelo (2012), "La responsabilidad del empleador por enfermedades profesionales de sus trabajadores. Enfoque jurisprudencial", en *Revista Chilena de Derecho,* vol. 39, Nº 1, pp. 57-76.

SITCHKIN, David (1989), *El mandato civil*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile.

STEIDL, Enrico (1990), *Il contratto di assicurazione*, 2ª Ed., Milano, Giuffrè.

SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS (2006), "Nuevo modelo de supervisión de solvencia basada en riesgos para la industria aseguradora chilena", diciembre de 2006, p. 10, número 3.6, disponible en el sitio web institucional de la SVS: http://www.svs.cl/portal/principal/605/articles-16176_recurso_1.pdf.

TAPIA HERMIDA, Alberto (2006), "El seguro de vida como instrumento de ahorro y previsión", en *Revista Española de Seguros*, Nº 126, pp. 229-264.

Tapia, Mauricio (2007), "El contrato de seguro y el exceso de responsabilidad civil", en *Revista del Magíster y Doctorado en Derecho de la Universidad de Chile*, Nº 1, pp. 159-200.

Tapia, Mauricio y Valdivia, José Miguel (1999), *Contrato por adhesión: Ley Nº 19.496*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile.

Tirado Suárez, Francisco Javier (1982), "Principios legales que deben regir los seguros de personas", en *Revista Española de Seguros*, Nº 30, pp. 277-289.

___(2005), "El seguro de daños", en *Revista Chilena de Derecho de Seguros,* Nº 14, pp. 9-46.

___(2001), *Ley de Contrato de Seguro* (Sánchez Calero *et al.*), Pamplona, Aranzadi.

Torrente, Andrea (2007), *Manuale di Diritto Privato*, 18ª Ed., Milano, Giuffré.

Toso, Ángela y Ruiz-Tagle, Carlos (2015), "Comentario al artículo 595", en *El contrato de seguro. Comentarios al Título VIII Libro II del Código de Comercio*, (R. Ríos, Editor), Santiago de Chile, Thomson Reuters, pp. 794-795.

Vásquez, María Fernanda (2009), *El arbitraje en Chile*, Santiago de Chile, LegalPublishing.

Villalobos, Sergio (2006), "Competencia y procedimiento de la Ley de Protección a los Consumidores en los Juzgados de Policía Local", en *La protección de los derechos de los consumidores en Chile* (Lagos, O., y Baraona, J., Editores), *Cuadernos de Extensión* Nº 12, Santiago de Chile, Universidad de los Andes Santiago, pp. 129-141.

Vodanovic, Antonio [Alessandri, Arturo y Somarriva, Manuel] (2015), *Tratado de Derecho Civil. Partes preliminar y general* (Tomo I), Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Santiago.

Walford, Cornelius (1868), *The Insurance Guide and Handbook on Fire, Life, Marine, Tontine, and Casualty Insurance* (American Edition), New York, Wynkoop & Hallenbeck.

Walker, Nathalie (2017), *Rescisión por lesión enorme en el Código Civil chileno*, Tesis doctoral inédita, Santiago de Chile, P. Universidad Católica de Chile.

ZIMMERMAN, Reinhart (1996), *The Law of Obligations. Roman Foundations of the Civilian Tradition*, Oxford, Oxford University Press (at the Clarendon Press).

JURISPRUDENCIA

Excma. Corte Suprema, 3 de marzo de 1936, *RDJ*, T. 33, secc. 1ª, p. 219.

Excma. Corte Suprema, 8 de septiembre de 1943, *RDJ*, T. 41, secc. 1ª, p. 184.

Excma. Corte Suprema, ingreso Nº 2338-2000.

Excma. Corte Suprema, 26 de septiembre de 2007, ingreso Nº 4003-2005.

Excma. Corte Suprema, 2 de julio de 2008, "Factoring S.A. c/ Sociedad Nacional de Oleoductos Ltda.", ingreso Nº 1955-2007.

Excma. Corte Suprema, 21 de marzo de 2011, "Factoring Creación Quinta Región S.A. con Empresa de Obras Sanitarias de Valparaíso S.A." (sentencia de reemplazo), ingreso Nº 4160-2009.

Excma. Corte Suprema, 31 de enero de 2011, "Melo Rojas, Margarita del Carmen con Compañía de Seguros Cardif S.A. y otros", ingreso Nº 5817-2009.

Excma. Corte Suprema, 8 de junio de 2011, "Amigo Arancibia, Miriam c/ Mapfre Compañía de Seguros S.A.", ingreso Nº 2824-2011.

Excma. Corte Suprema, 26 de octubre de 2012, "Molina Magofke, Rodrigo J. con Ohio National Seguros de Vida S.A.", ingreso Nº 3903-2012.

Excma. Corte Suprema, 29 de enero de 2015, "Factoring Mercantil S.A. c/ Serviu Región del Bío Bío", ingreso Nº 1538-2014.

Excma. Corte Suprema, 7 de julio de 2016, ingreso Nº 1533-2015.

Excma. Corte Suprema, ingreso Nº 13786-2016.

Excma. Corte Suprema, 20 de octubre de 2016, "Valores Security con Liberty Compañía de Seguros Generales S.A.".

Excma. Corte Suprema, 9 de marzo de 2017, "Marín Zepeda con Banchile Seguros de Vida S.A.", ingreso Nº 97759-2016.

Excma. Corte Suprema, "Riquelme con Metlife", ingreso Nº 219-2017.

Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago, 24 de marzo de 1859, *Gaceta* 1859, Nº 609, p. 318.

Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago, 2 de diciembre de 1879, *Gaceta de los Tribunales* 1879, Nº 1922, p. 1344.

Iltma. Corte de Apelaciones de Valdivia, 4 de octubre de 1940, *RDJ*, t. 41, Secc. 1ª, p. 184.

Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago, 17 de octubre de 2012, "Martínez Pizarro, Fernando con Banco Estado Corredores de Seguros S.A. y otro", ingreso Nº 3153-2011.

Iltma. Corte de Apelaciones de La Serena, 6 de marzo de 2013, ingreso Nº 136-2013.

Iltma. Corte de Apelaciones de Concepción, 15 de junio de 2015, "Laura Garretón Rodríguez con RSA Seguros Chile S.A.", ingreso Nº 1731-2014.

Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago, ingreso Nº 19154-2015.

Simcock v. Scottish Imperial Insurance Co. (1902).

Watson v Massachusetts Mutual Life Ins. Co., 140 F 2d 673, 675-676.

Hopkins v. Hopkins 614 A 2d 96,98.

CÓMO ACCEDER A ESTE LIBRO DIGITAL A TRAVÉS DE **THOMSON REUTERS PROVIEW**

Al comprar por primera vez un libro digital **Thomson Reuters**, es necesario realizar un procedimiento de creación y activación de su **cuenta OnePass**. Esta cuenta única y personal es la que le permitirá acceder a sus libros digitales de **Thomson Reuters**.
Si Ud. ya ha comprado antes alguno de nuestros libros digitales, no necesita realizar este procedimiento. Si tiene cualquier duda o problema, por favor contacte a nuestro equipo de atención al cliente, escribiendo a: **informacion.chile@thomsonreuters.com** o llamando al **2 2510 5000, opción 0**.

ACTIVAR SU **LIBRO DIGITAL**

- En las 72 horas hábiles siguientes a su compra, usted recibirá un correo electrónico de confirmación.
- En ese correo electrónico debe hacer clic en el enlace "Haga clic aquí para activar su libro electrónico". Será direccionado a la página de registro de **OnePass**.

CONFIGURAR UNA **CUENTA ONEPASS**

- Ingresar a **http://onepass.thomsonreuters.com**
- Hacer clic en "Registrar"
- Ingresar su correo electrónico. Es muy importante que utilice la misma dirección de correo utilizada al momento de realizar su compra.
- Rellenar los datos solicitados (Información personal, nombre de usuario y contraseña, pregunta de seguridad).
- Hacer clic en crear perfil.

ACCESO A SU EBOOK DESDE SU **TABLET**

- Descargue la aplicación desde www.proview.cl
- Abra la aplicación de **Thomson Reuters ProView ™** en su tablet.
- Inicie la sesión introduciendo su usuario y contraseña **OnePass**.
- El libro digital que ha adquirido está disponible para su descarga.
- Descargue el contenido haciendo clic en el ícono de la obra visualizada. Este paso sólo es requerido la primera vez que accede al libro y es necesario que su tablet esté conectada a Internet. Una vez descargado, el libro estará disponible para su lectura.

ACCESO A SU EBOOK DESDE SU **COMPUTADORA**

Para instalar la aplicación de escritorio:

- Descargar el archivo de instalación ingresando a www.proview.cl
- Cuando la descarga termine, ejecutar el instalador y seguir las instrucciones de instalación.
- Abrir la aplicación e ingresar su usuario y contraseña OnePass.

Para ingresar a través del navegador:

- Ir a https://proview.thomsonreuters.com e introducir su usuario y contraseña OnePass.
- Haga clic en el eBook que usted ha adquirido y visualice su contenido, es necesario que su computadora esté conectada a Internet.

Para más información visite **www.proview.cl** o comuníquese con nosotros al **2 2510 5000**, opción 0, o escríbanos a **informacion.chile@thomsonreuters.com**

THOMSON REUTERS