

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE DERECHO
DEPARTAMENTO DE DERECHO COMERCIAL

**SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES.
LEY N°18.490, ¿QUIÉN ES EL BENEFICIADO?**

*Memoria para optar al grado de licenciado en
ciencias jurídicas y sociales*

**Autoras : M. Carolina Belmar Gamboa
M. Gabriela González Cofré**

Profesor Guía : Sr. Rafael Gómez Balmaceda

SANTIAGO, ABRIL 2001

A nuestros padres.

Este arduo trabajo no podríamos haberlo terminado sin la ayuda de Don Rafael Gómez B. quien nos acogió tan amablemente; de Claudia Belmar y Ricardo (nuestro segundo hogar y centro de operaciones); de Negro Cortés (soporte técnico de valor incalculable); de Mateye (por permitirnos “abusar” de su buena voluntad); de Paty Mendizábal (por su cooperación desinteresada); de Nata y Pau (sus críticas nos sirvieron de guía); de Carmenchi (auxilio en momentos de crisis); de Tomasito y Michaelito (no sabemos por qué, pero igual ...); y si se nos queda alguien en el tintero ¡Gracias! pues sin su cooperación esta “odisea” no habría llegado a buen término.

INTRODUCCIÓN

Con el progreso de la ciencia y la tecnología existen esferas del quehacer humano de suyo peligrosas, que producen tanto en las personas como en la sociedad considerables repercusiones negativas de índole patrimonial. En dichas actividades el legislador ha debido establecer normas de excepción al derecho común relativas a la responsabilidad que de ellas pueda derivarse e imponer mecanismos de indemnización obligatorios a favor de las víctimas.

En este sentido, la conducción y puesta en circulación de vehículos motorizados constituye una actividad de alto riesgo que, por ella se encuentra ampliamente reglamentada por el legislador. Son tantas y tan variadas las exigencias que impone la ley para desarrollar esta actividad en óptimas condiciones que, en la práctica, ésta se realiza sin que se cumplan los requisitos que la propia sociedad se ha dado para el resguardo de las personas y de las cosas teniendo como resultado final una altísima cifra de accidentes de tránsito, constituyéndose en la principal causa de muerte en nuestro país con consecuencias millonarias por la destrucción de bienes.

La circulación de vehículos motorizados ha debido regularizarse por el legislador desde la perspectiva de la reparación del daño causado, a través de un sistema que garantice una indemnización mínima a las víctimas del tránsito tomando en consideración el peligro objetivo que esta actividad encierra. De este modo, nuestro legislador, dentro de variadas posibilidades, ha optado por imponer la obligación al propietario de un vehículo motorizado de contratar seguros privados que garanticen a las víctimas de un accidente de tránsito determinadas sumas de dinero por concepto de indemnización.

Este seguro, denominado seguro obligatorio de accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados, contenido en la Ley 18.490, en adelante SOAP, desde sus orígenes ha tenido una finalidad social, que siempre debe tenerse a la vista al momento de analizar y evaluar sus resultados. En este sentido, la existencia de un seguro que limite los principios básicos de autonomía de la voluntad y de libertad contractual, imponiéndose como requisito indispensable para la obtención del permiso de circulación, encuentra su validez en la protección a la vida de todas aquellas potenciales víctimas de un accidente de tránsito; así, como también en el principio de responsabilidad, o de que las personas deben hacerse cargo tanto de sus actos como de los hechos de las cosas.

El SOAP, que lleva operando en nuestro país más de catorce años, ha sido insuficiente para cumplir su fin de protección y, en la práctica, se ha convertido en una carga para los propietarios de automóviles y en un excelente negocio para las compañías de seguros. En definitiva, quienes debieran ser beneficiados con este tipo de seguros no han sido suficientemente protegidos ni han percibido oportunamente las prestaciones establecidas en la Ley 18.490.

Las modificaciones introducidas a la ley han repercutido en un funcionamiento irregular del sistema que le impide cumplir eficazmente su objetivo, retardando o impidiendo el pago oportuno y rápido de las prestaciones correspondientes, las que se entraban por los requisitos exigidos a los beneficiarios para cobrarlos, así como también por la acción de las aseguradoras que, apoyándose en las causales de exclusión contempladas en la ley y en sus facultades para impugnar las calificaciones de las lesiones entorpecen el pago de las indemnizaciones.

Esta afirmación se puede deducir de la sola constatación de que, aún cuando año tras año en nuestro país ha aumentado sostenidamente tanto la población como

el parque automotriz, sin un mejoramiento sustancial de las vías de circulación incrementando, consecuentemente, la tasa de riesgo, el precio de la prima ha experimentado una caída sostenida en los últimos siete años, a excepción del año 2.000. Si bien, más de un factor ha incidido en la baja del precio, a nuestro entender, el factor determinante ha sido la falta de aplicación de este seguro o, mejor dicho, la falta de cobro de las indemnizaciones por parte de los asegurados y beneficiarios. Cuya causa principal ha sido, en gran medida, el desconocimiento del contenido de este seguro y de los trámites que la Ley 18.490 establece para el cobro de las prestaciones.

Todo lo anterior ha provocado graves problemas y distorsiones en el sistema, tales como la contratación de seguros privados voluntarios sobre los mismos riesgos cubiertos por el SOAP, prescripción de las acciones indemnizatorias del SOAP, abuso de los aseguradores de las causales de exclusión y de su facultad para discrepar de la calificación del resultado dictaminada por el médico tratante, retardando o impidiendo el pago de las prestaciones a las que este seguro automotriz las obliga.

Este trabajo está enfocado a determinar si el seguro en cuestión satisface el objetivo social para el cual fue establecido y si sus mecanismos son aptos para ello, con este propósito analizaremos el SOAP desde su génesis hasta su puesta en práctica. En primer término, estableceremos un marco conceptual, su naturaleza, principios inspiradores y características de los seguros en general para ilustrar la mecánica de esta cobertura obligatoria. Nos apoyaremos, también, en la historia fidedigna de su establecimiento y sus consecutivas modificaciones, para comprender la forma como se ha configurado el sistema actualmente vigente. En segundo término, desarrollaremos cada una de sus partes con especial énfasis en

sus características especiales, elementos y contenido, para detenernos en el estudio de su operatividad abarcando desde su contratación hasta el procedimiento de reclamo contemplado en la ley para la solución de conflictos que se susciten con ocasión de esta cobertura.

Dado que el mecanismo ideado en la Ley 18.490 se basa en la responsabilidad objetiva consideramos oportuno y necesario dedicar un capítulo especial a la teoría de la responsabilidad y a la manera como ésta ha sido insertada para la puesta en práctica de este seguro; haciendo hincapié en la responsabilidad extracontractual y en la responsabilidad civil derivada de los accidentes de tránsito, para terminar definiendo el sistema de responsabilidad adoptado por la citada ley.

Finalmente, abordaremos el estudio de la jurisprudencia existente, relacionándola con los problemas que su puesta en práctica ha generado a cada uno de los involucrados, a fin de ilustrar los criterios utilizados tanto por los tribunales de justicia como por la Superintendencia en su afán por proporcionar una interpretación uniforme, coherente y armónica con los principios y objetivos inspiradores del SOAP que justifican su existencia.

CAPITULO I

DESARROLLO DEL SEGURO OBLIGATORIO

1 MARCO CONCEPTUAL DEL SEGURO OBLIGATORIO

Siendo el seguro, dentro de nuestra legislación, un contrato y como tal, por esencia, fruto de la voluntad de las partes, revisaremos, primeramente, el concepto de contrato para luego aproximarnos al concepto de contrato de seguro y su naturaleza voluntaria, de forma breve. Luego, nos referiremos a su evolución a un contrato forzoso y obligatorio, pues el contrato de seguro que contempla la ley N°18.490 reviste precisamente este carácter obligatorio.

1.1 CONTRATO, CONCEPTO Y NATURALEZA

El concepto habitualmente aceptado del contrato reposa en el acuerdo de voluntades de las partes. El acto jurídico o convención que crea obligaciones. Se atribuye a la voluntad de los contratantes un poder soberano para engendrar obligaciones. La intención de las partes domina, así, la formación, génesis o nacimiento del contrato y, también, sus efectos o consecuencias. Tal concepción de la contratación es uno de los frutos de la doctrina de la autonomía de la voluntad.

"En la perspectiva voluntarista, la formación del contrato aparece dominada por dos ideas que constituyen subprincipios de la autonomía de la voluntad: el

consensualismo y la libertad contractual"¹. Los cuales, según veremos a lo largo de este trabajo, se encuentran atenuados en diversos aspectos en el contrato de seguro obligatorio de accidentes personales contemplado en la ley 18.490.

Dado lo anterior, es importante hacer mención a la función social de los contratos debido a la injerencia que tiene en el tema de que trata el presente trabajo. Así, el contrato no sólo sirve para la satisfacción de necesidades individuales, sino también es un medio de cooperación entre los hombres.

Sólo en el presente siglo ha llegado a ser ostensible la función social del contrato. "El contrato voluntarista decimonónico permitió tantas veces la explotación del más débil por el fuerte, que el legislador tuvo que intervenir, dictando normas imperativas reguladoras de las principales cláusulas de los contratos socialmente más significativos"². Apareció así, el contrato dirigido, bajo el signo del orden público social o de protección de las personas carentes de poder negociador.

Desde este punto de vista, la función social del contrato se relaciona directamente con el principio de la buena fe, el cual impone a cada parte el deber de lealtad y de corrección frente a la otra durante toda la relación contractual, e incluso desde la fase pre contractual.

1.2 TIPOS DE CONTRATO

Tanto nuestro Código Civil como la doctrina contemplan clasificaciones y categorías contractuales: unilaterales y bilaterales, etc.

Sobre este punto, latamente desarrollado en cátedras de derecho y en libros de materia, nos detendremos solamente en aquélla que distingue los contratos

¹ LÓPEZ Santa María, Jorge. "Los Contratos, parte General. 2ª edición. Santiago, Editorial Jurídica. p.16.

² Ibid p. 22-23

libremente discutidos de los contratos por adhesión, así como también, en los contratos dirigidos, contratos forzosos y contratos obligatorios en cuanto categorías contractuales, pues debido a que el contrato de SOAP reviste características de cada uno de ellos su explicación nos permitirá una mayor comprensión del contrato en cuestión y del problema planteado.

1.2.1 **Contrato de adhesión:**

El *contrato libremente discutido* corresponde a aquel en que las partes han deliberado en cuanto a su contenido, examinando y ventilando atentamente sus cláusulas. Las partes discuten en un relativo plano de igualdad y libertad, encontrándose su autonomía limitada solamente por el necesario respeto al orden público y a las buenas costumbres.

Por su parte, el *contrato por adhesión* es aquel cuyas cláusulas son dictadas o redactadas por una sola de las partes. La otra se limita a aceptarlas en bloque, adhiriendo a ellas. Normalmente, la doctrina reconoce la existencia de un contrato de adhesión allí donde la oferta presenta las siguientes características: generalidad (oferta destinada a toda una colectividad de contratantes eventuales), permanencia (oferta permanece en vigor mientras no es modificada por su autor), minuciosidad (ofertada detallada, todos los aspectos de la convención son reglamentados). Dichas características se presentan en contratos de adhesión como el de transporte o el de seguro, casos por lo demás en los que existe estandarización contractual. No obstante lo anterior, el fenómeno de la adhesión puede presentarse con ocasión de una contratación única entre dos personas. En tal caso se perderían las características antes mencionadas.

Conforme a la opinión de don Jorge López Santa María el rasgo decisivo de la adhesión "se encuentra dado por el desequilibrio del poder negociador de los

contratantes."³ Quien realiza la oferta está en una situación de superioridad (normalmente, económica) respecto del destinatario; por lo que puede imponer sus condiciones contractuales sobre este. Además, por lo general el destinatario carece de alternativa: Por ejemplo, el asegurado no puede prescindir del seguro, "máxime si este contrato fuese obligatorio o una persona común no puede abstenerse del transporte público, si carece de otro medio de locomoción".⁴

Cabe señalar, además, que la adhesión es conceptualmente independiente de la contratación masiva, lo que no impide que a menudo vayan emparejadas. No debe, por lo tanto, predicarse del contrato por adhesión que siempre se caracterice por la generalidad, minuciosidad y relativa permanencia de una oferta dirigida al público en general.

En cuanto a la naturaleza jurídica de la adhesión, nos limitaremos a señalar que se han formulado, básicamente, dos doctrinas que intentan explicarla. Por una parte, la Tesis Anticontractualista, para la cual el contrato de adhesión no constituye un contrato propiamente tal sino, más bien, un acto jurídico unilateral de naturaleza reglamentaria; debido a que carece de una discusión previa y de igualdad entre las partes. Para esta tesis este tipo de acto sólo produce efectos a favor o en contra de los que adhieran a él. La adhesión no cambia su naturaleza transformándolo en un acto bilateral. La ventaja de esta tesis radica en la posibilidad que otorga al juez de rehusar la aplicación de cláusulas abusivas dictadas por el oferente, lo que no cabe en los contratos libremente discutidos amparados por el principio de fuerza obligatoria de los contratos contemplado en el artículo 1545 del Código Civil y que no puede ser desconocido por el juez.

³ Ibid p.143

⁴ Ibid p.143-144

Por otra parte, se encuentra la Tesis Contractualista, siendo para ésta indispensable la voluntad del aceptante para la conclusión del acto jurídico, señalando que la adhesión es una forma especial de aceptación que, de todas maneras, reposa sobre la voluntad del aceptante; agregando que, para la formación de un contrato, la ley exige la concurrencia de dos voluntades que formen el consentimiento y que aún cuando sea innegable que, efectivamente, las partes no participan en las mismas condiciones al concluir el contrato de adhesión, esta desigualdad se encuentra en mayor o menor medida en todos los contratos. En suma, para esta doctrina la particularidad del contrato de adhesión, cual es la preponderancia de uno de los contratantes sobre el otro, no justifica una diferenciación de los contratos en general.

Frente a estas dos posiciones, consideramos que esta última tesis construye una visión más práctica, permitiendo, al no diferenciar la adhesión de los contratos en general, dar un sustento a una realidad del ordenamiento jurídico.

La jurisprudencia chilena ha admitido sólo en forma excepcional la autonomía del contrato de adhesión, declarando consecuencias jurídicas particulares para él.⁵ Así, en nuestro país, la tesis contractualista ha tenido más acogida.

1.2.2 Soluciones a los inconvenientes de la adhesión:

El problema del contrato por adhesión consiste en que el contratante más poderoso a veces impone cláusulas abusivas al adherente, el más débil en la relación. Diversos mecanismos o soluciones han surgido durante el presente siglo,

⁵ Fallo de Corte de Apelaciones de Valparaíso, 7 de Diciembre de 1972, causa "Seguros Lloyd de Chile con Naviera P.S.N.C", redactado por abogado integrante don Mario Contreras, señala "6°...la imposición que hace un contratante a otro, cuando este no tiene alternativa alguna para rechazar esa imposición,..., constituye un acto de negación de la libertad contractual y, por lo tanto, ha dejado de generarse la norma convencional por voluntad de las partes y ha pasado a ser unilateral...". Este mismo fallo, sin embargo admite que, en Chile, prima la idea de que los contratos de adhesión son plenamente válidos y constituyen, al igual que los contratos de libre discusión, una ley para las partes.

los que, en determinados ámbitos, han eliminado o atenuado los excesos de los contratos por adhesión.

a) Contrato Dirigido: En los casos marcados de abusos de los oferentes, v.gr., en los contratos individuales de trabajo, el legislador ha intervenido reglamentando en forma imperativa las cláusulas más relevantes de estos contratos, cautelando, de este modo, los intereses de la parte más débil. Así, la intervención en la etapa de elaboración del contrato por parte del legislador sería más fructífera que reprimir a posteriori los abusos de quien dicta la convención, anticipando y evitando la adhesión al reglamentar en todo o en parte el contratos. Precisamente, esta intervención del legislador ha dado nacimiento al llamado *contrato dirigido*.

Pese a lo anterior, no siempre el contrato dirigido ha sido fruto de consideraciones de orden público social, del deseo de dar protección a los más débiles. En ocasiones este contrato obedece al propósito del legislador de manipular los intercambios de bienes y de servicios, o sea, consideraciones de orden público económico.

En todo caso, en una u otra hipótesis, el contrato dirigido implica una ruptura del principio de la libertad contractual. En las situaciones subsanadas por el legislador por medio de la transformación de los contratos de adhesión en contratos dirigidos, la contratación deja de ser la imposición de la voluntad de una de las partes; aquí tanto el oferente como el aceptante consienten en vincularse por un marco legal preestablecido. De esta manera, los contratos de adhesión han sido sometidos a un estatuto de orden público que, previendo la protección del contratante más débil, atribuye carácter obligatorio a ciertas cláusulas, o prohíbe otras. La seguridad que otorga el estatuto legal al que el aceptante adhiere, compensa la pérdida de libertad en la elección de las cláusulas del contrato. La

libertad contractual, corolario de la autonomía de la voluntad, tiende así a desaparecer.

b) La homologación por el poder público de los modelos de contratos estandarizados que se van a ofrecer después a los consumidores: Este mecanismo dispone que todo contrato redactado e impreso de antemano, para ser propuesto a los adherentes, previamente debe someterse al control y autorización de una determinada entidad, la que se preocupa, justamente, de tutelar los intereses de los futuros aceptantes. En nuestro país existen algunos ejemplos, pero no constituye una norma general. El artículo 3º, letra e), del DFL N°251, de 1931, sustituido por la Ley N°18.660, establece entre las atribuciones y obligaciones de la SVS mantener un registro de los modelos de póliza y de sus modificaciones, no pudiendo las entidades aseguradoras contratar con modelos que no hubieran sido previamente aprobados por la Superintendencia. Esta es la regla general en materia de seguros; sin embargo, para el caso del SOAP el legislador no considera suficiente esta medida y establece que el modelo de póliza debe ser elaborado por la referida institución fiscalizadora, pudiendo modificarla cuando lo estime conveniente, es decir, para esta cobertura obligatoria las aseguradoras sólo pueden suscribir el modelo confeccionado por la autoridad administrativa.

c) Generalización de los Contratos Tipo bilaterales: Existen contratos tipo bilaterales, celebrados por grupos con intereses antagónicos, éstos, que pueden denominarse como contratos colectivos sirven para subsanar las dificultades que surgen entre ambas partes o grupos opuestos. El texto definitivo es aprobado de común acuerdo y será después empleado en la celebración de muchos contratos individuales.

Por ejemplo, a fin de fijar las condiciones de la contratación de los seguros voluntarios contra riesgos inherentes a la conducción de vehículos motorizados, los

automovilistas chilenos podrían agruparse y negociar con las compañías aseguradoras una póliza tipo, que después se emplearía en miles de seguros individuales. Cada uno de éstos no sería un contrato de adhesión, ya que al asegurado le cupo participación en la confección del contrato tipo.

d) Nueva concepción de la lesión enorme: En el derecho comparado, a partir del Código Civil alemán de 1900, viene abriéndose camino una nueva concepción de la lesión, que permite desterrar los casos ostensibles de abusos del oferente sobre el adherente. La chilena es una concepción restringida, que admite la lesión enorme en casos muy específicos que el legislador ha señalado con anterioridad. El Código Civil alemán, en cambio, declara nulo cualquier acto jurídico por el cual alguien, explotando la necesidad, la ligereza o la inexperiencia de otro, obtiene para sí o para un tercero, a cambio de una prestación, ventajas patrimoniales que se hallen en desproporción chocante con el valor de dicha prestación. Esta concepción más amplia tipifica el vicio de modo genérico, aplicándose a todos los actos jurídicos en que haya explotación del co-contratante.

e) Inhibitoria: Este es un instrumento que combina el control administrativo, con el control judicial y desemboca en la prohibición de determinadas cláusulas de futuros contratos que se celebren masivamente. Este mecanismo rige en países como Suecia.

f) Actividad de organismos antimonopolio: Buscan defender la transparencia, lealtad del mercado.

1.2.3 Contrato Dirigido:

Este contrato es también conocido como contrato normado o dictado por el legislador. Los artículos de los códigos y demás cuerpos legales, en materia de contratos, casi siempre son supletorios de la voluntad de las partes; se aplican solo en el silencio de los contratantes. Tratándose de los contratos dirigidos, por el

contrario, la reglamentación legal asume carácter imperativo, sin que las partes puedan alterarla en el contrato particular que celebran.

El fenómeno de la dirección de los contratos se inicia en Europa a partir de 1900, refiriéndose a la materia de contratos individuales de trabajo, para proteger los intereses de los asalariados; siendo aceptado, en la actualidad, por todas las posturas ideológicas.

En Chile se advierte la proliferación de la intervención del legislador, fijando heterónomamente el contenido de diversos contratos, tanto bajo el régimen socialista de los años 1970 al 1973, cuanto bajo el régimen militar y los ulteriores gobiernos democráticos.

Ejemplos de este tipo de contratos en nuestra legislación son los DL N°600 y 1.748, sobre estatuto de la inversión extranjera en Chile, que dirigen los contratos de inversión extranjera que deben suscribir los capitalistas foráneos que deseen acogerse a las franquicias que el Estatuto les dispensa.

"No siempre el direccionismo contractual por los poderes públicos se manifiesta en la predeterminación imperativa del contenido o cláusulas que fijan los efectos de las convenciones".⁶ Hay otros casos en que lo que se impone es la persona del contratante; así, el artículo 10 del Código de Minería, establece que el Estado tiene derecho preferente de compra respecto de los minerales en que haya presencia de torio y uranio, estableciendo perentoriamente la persona del primer comprador

1.2.4 **El Contrato Forzoso:**

Se denomina contrato forzoso aquel que el legislador obliga a celebrar o da por celebrado bajo determinadas circunstancias. Éste es distinto y no debe confundirse con el contrato definitivo que se debe concluir como efecto de un

contrato preparatorio libremente acordado (v.gr. contrato de promesa), ni con el contrato necesario, provocado por circunstancias excepcionales de hecho como sería el depósito necesario; ni se le debe confundir con los llamados contratos fácticos.

De interés para este trabajo es la distinción de los contratos forzosos entre ortodoxos y heterodoxos:

a) Contrato Forzoso Ortodoxo: En su formación se aprecian dos etapas. En primer lugar, interviene un mandato de autoridad que exige contratar. Luego, quien lo recibió procede a celebrar el contrato respectivo, pudiendo, generalmente, elegir a la contraparte y discutir con ella las cláusulas del negocio jurídico, es decir en esta etapa conserva la fisonomía de los contratos ordinarios, subsistiendo la autonomía de la voluntad en cierta medida.

Casos en la Legislación Chilena: Respecto de este tipo de contratos existen abundantes casos. Está la caución de conservación y restitución que debe rendir el usufructuario respecto de la cosa fructuaria (artículo 775 Código Civil); o la caución que deben rendir los tutores y curadores para el discernimiento de la guarda (artículo 374 Código Civil). En el ámbito de los seguros es frecuente la exigencia legal de contratar; precisamente, el artículo 13 de la Ley N°17.308, al igual que antes el DFL N° 151 de Hacienda, exigía a todo dueño o conductor de vehículos motorizados tomar un seguro de responsabilidad civil contra riesgos de muerte o de lesiones en accidentes del tránsito. En la actualidad, el artículo 1° de la Ley N°18.490 contempla esta exigencia disponiendo que "todo vehículo motorizado que para transitar por las vías públicas del territorio nacional requiera de un permiso de circulación deberá estar asegurado contra el riesgo de accidentes personales a que se refiere esta ley...".

⁶ Ibid p. 161-166.

b) Contrato Forzoso Heterodoxo: Este contrato, en cambio, se caracteriza por la pérdida completa de libertad contractual; la fisonomía del contrato tradicional desaparece completamente. Aquí no se distinguen etapas, ya que el contrato no precisa intercambio de voluntades, tanto el vínculo jurídico como las partes y el contenido negocial, viene determinados por un acto único del poder público.

Casos en la legislación chilena: Aquí se pueden señalar pocas hipótesis. En los contratos leyes, normalmente el legislador da por celebrado un contrato. Por ejemplo, el permiso de edificación de una vivienda económica, reducido a escritura pública, tendrá carácter de contrato (artículo 18 del DFL 2, del 1959).

En cuanto al carácter propiamente contractual de los Contratos Forzosos podemos señalar que este problema surge especialmente a propósito del contrato forzoso heterodoxo, por la circunstancia que la voluntad pierde toda autonomía, siendo la relación jurídica íntegramente heterónoma. En el contrato forzoso ortodoxo, en cambio, a pesar de que ser resultado de una obligación legal subsiste en parte la autonomía negocial, existiendo el acuerdo de voluntades que ha caracterizado tradicionalmente al contrato como fuente de derechos y obligaciones.

Las dificultades que genera el contrato forzoso, en particular el heterodoxo, en cuanto a su carácter contractual, pueden superarse recurriendo a la distinción entre el contrato como acto de constitución de la relación jurídica y el contrato como relación jurídica constituida.

En efecto, la voz "contractus" etimológicamente designa lo contraído, o sea, la relación jurídica. Esta fue la esencia del contrato del Derecho Romano clásico. En éste, las diversas figuras contractuales específicas ponen de manifiesto que lo típicamente contractual no es el acto generador de la relación jurídica, sino que la relación ya constituida. Sólo a partir del siglo XVII, bajo la influencia de la escuela

racionalista del derecho natural, el contrato pasa a ser concebido como un acuerdo de voluntades. Esta segunda manera de ver al contrato opacando la primitiva concepción, olvida toda la técnica de la obligación contractual constituida, que en poco depende del acuerdo de voluntades, por cuanto es independiente del mismo. El contrato es, pues, tanto el acto de constitución cuanto a la relación constituida debiendo separar el acto de contratar del contrato mismo; si bien, existe normalmente una relación causal entre ambas siendo la relación jurídica consecuencia del acto de constitución.

De lo expuesto se colige que es un error pretender que este último sólo pueda consistir en un acuerdo de voluntades, pudiendo afirmar que el contrato forzoso es verdaderamente un contrato.

1.2.5 Supremacía de la obligación contractual sobre la obligación legal

Especial mención, creemos, merece la discusión en cuanto a "la supremacía de la Obligación Contractual sobre la Obligación Legal". Muchas veces el legislador prefiere situar una relación jurídica en el marco contractual, en lugar del marco de las obligaciones puramente legales, esta hipótesis no es exclusiva de la contratación forzosa; se da también, en casos de contratos voluntarios o libremente discutidos.

Conforme a lo expuesto en los artículos 1437, 2284 y 578 del Código Civil, es indudable que existen obligaciones que nacen de la sola disposición de la ley; sin embargo, como ha señalado Georges Ripert, la obligación estrictamente legal se reduce, en el terreno del Derecho privado patrimonial, a una declaración de principios. Fuera de las relaciones familiares, cuesta bastante encontrar ejemplos de obligaciones civiles legales y si los autores citan la obligación de pagar impuestos al Fisco, el vínculo jurídico cae de lleno en el Derecho público.

La relación constituida, de carácter legal, ofrece serias dificultades. A diferencia del contrato, que involucra un gran poder de precisión tanto respecto a las partes cuanto al objeto, la ley, disponiendo un mandato, prohibición o permisión genérica y abstracta, encuentra tropiezos para conseguir determinar al acreedor o el objeto. En cuanto al objeto de las mismas obligaciones, la ley sólo puede colocar reglas generales o, de recurrirse a la vía reglamentaria, es menester revisar periódicamente la obra de detalles; en cambio, el contrato se presta de modo natural para las especificaciones que cada caso particular requiere.

En virtud de estas dificultades el legislador ha preferido, en lugar de imponer una relación jurídica puramente legal, recurrir al mecanismo indirecto de los contratos forzosos ortodoxos, hermanando así la ley con el contrato.

Las reglas técnicas del contrato, en cuanto relación jurídica ya constituida, son de las más afinadas que existen en todo el Derecho. Desde luego, el Derecho Romano nos ha legado un ingente conjunto de reglas que permanecen a pesar del transcurso de los siglos, a lo que se añaden aportes de códigos y jurisprudencia recientes, ya se trate de los mecanismos de responsabilidad por el incumplimiento; de los principios de la fuerza obligatoria o del efecto relativo; de las reglas de interpretación contractual; de los efectos particulares a los contratos sinalagmáticos: resolución por inexecución, teoría de los riesgos y excepción de contrato no cumplido; etc., hay todo un acervo que constituye una herramienta valiosísima para la realización efectiva del Derecho. Así las cosas, y en la ausencia de una elaboración refinada en materia de obligaciones legales, aparece inteligente y útil que el legislador someta determinadas relaciones jurídicas - las generadas por los contratos forzosos - a la técnica contractual.

Esta manera de proceder no puede explicarse recurriendo sólo a un supuesto sentimiento legislativo de simetría o continuidad y a un propósito de economía de

esfuerzos que ahorra la tarea de hacer lo nuevo, sometiendo las relaciones jurídicas forzosas al viejo molde contractual; tampoco, sobre la base del arcano desprestigio de la ley. La riqueza del Derecho de los Contratos justifica por sí sola que ante la opción de conferir a determinadas obligaciones carácter legal o carácter contractual, el legislador a veces escoja la última alternativa, empleándose, entonces, el instrumento del contrato forzoso, ortodoxo o heterodoxo.

1.3 CONTRATO DE SEGURO, CONCEPTO, NATURALEZA

En este punto revisaremos, someramente, el concepto de contrato de seguros y sus características; a la vez que haremos referencia a la naturaleza jurídica de este contrato, así como, a la naturaleza obligatoria del contrato de seguros de accidentes personales contemplado en la Ley N°18.490.

1.3.1 Contrato de Seguro:

Nuestro Código de Comercio define el seguro como un "contrato bilateral, condicional y aleatorio, por el cual una persona natural o jurídica toma sobre sí por un determinado tiempo todos o algunos de los riesgos de pérdida o deterioro que corren ciertos objetos pertenecientes a otra persona, obligándose, mediante una retribución convenida, a indemnizarle la pérdida o cualquier otro daño estimable que sufran los objetos asegurados". Dicha definición ha sido criticada por la doctrina desde distintos puntos de vista.

En primer lugar, se ha dicho que "ha perdido vigencia porque el seguro ya no puede ser considerado un contrato aleatorio y, además, debido a que sólo pueden ser aseguradores ciertas empresas señaladas por la ley, pero nunca lo puede ser una persona natural".⁷ No se trata de un contrato aleatorio sino más bien de un contrato

⁷ BAEZA PINTO, Sergio. "El Seguro", Santiago, Editorial Jurídica, 3ª adición actualizada por Juan Achurra Larraín, 1994, p. 29

conmutativo, en el que las prestaciones del asegurador y del asegurado se miran como equivalentes. La principal obligación del asegurador consiste en asumir el riesgo y, por su parte, el asegurado se obliga a pagarle, por tal servicio, una cantidad de dinero llamada prima. El seguro es un contrato de mera indemnización y no puede ser jamás ocasión de una ganancia para el asegurado, la contingencia, incierta, de ganancia está excluida expresamente por la ley en el artículo 517 de nuestro Código de Comercio.

En segundo lugar, se trata de una definición incompleta que sólo comprende el seguro de cosas y no los seguros de derechos, los de patrimonio total y los que se refieren a la vida, a la salud y a la integridad corporal y mental de las personas.

En último término, la doctrina critica el hecho de que se le dé carácter de contrato condicional. Sólo es condicional la obligación del asegurador de pagar la indemnizar, ya que el riesgo puede o no ocurrir; siendo las obligaciones principales (pagar la prima, por parte del asegurado, y asumir el riesgo, por parte del asegurador) puras y simples.

De las críticas anteriores se puede colegir un concepto más exacto del seguro, pudiendo definirlo como "aquel en virtud del cual se transfieren al asegurador uno o más riesgos, a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar, dentro de los términos contractuales y legales, el daño que sufiere el asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas."⁸

Elementos esenciales de este contrato son el riesgo, la prima y la empresa aseguradora. El riesgo, en general, constituye "la eventualidad de un suceso que ocasiona al asegurado o beneficiario una pérdida o una necesidad susceptible de

⁸ CONTRERAS STAUCH, Osvaldo, Gómez Balmaceda, Rafael y otros. "Aspectos Jurisdiccionales del Seguro", Asociación de Aseguradores de Chile A. G., Santiago, 1998.

estimarse en dinero”⁹. En cuanto a la prima esta constituye la retribución en dinero o precio. Si no hay riesgo o no hay prima no hay seguro. Finalmente, el legislador las personas capaces para ejercer el comercio de seguros, pudiendo efectuar esta actividad solamente aquellas personas jurídicas que cumplan con los requisitos prescritos en la ley; de este modo, si una persona natural u otra persona que no sea de las previstas actúa con carácter de asegurador, el contrato de seguro no produce efecto alguno.

En el contrato de seguro, intervienen como partes el asegurador, que es quien toma el riesgo a su cuenta, y el asegurado, que es quien transfiere el riesgo al asegurador, quedando libre de él. Sobre este punto debemos señalar que, pudiendo el seguro versar sobre cosas o personas, en el caso de los seguros de personas aparece un tercer sujeto, el beneficiario, no coincidiendo siempre la persona del asegurado con la del beneficiario ni con la del contratante. Por esta razón, y a objeto de evitar la inducción a error se establece que quien celebra el contrato de seguro con el asegurador se denomina contratante, contrayente o tomador, recayendo, en general, sobre él todas las obligaciones y cargas del contrato; mientras que el beneficiario sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

1.3.2 Caracteres Jurídicos del Contrato:

Se trata de un contrato *bilateral* porque ambas partes se obligan recíprocamente ab initio, sin perjuicio que ambas contraen, además, obligaciones eventuales.

El seguro es *oneroso* porque tiene por objeto la utilidad de ambos contratantes, gravándose cada uno en beneficio del otro. De hecho, para el

⁹ Ibid p.24.

asegurador es un negocio lucrativo y para el asegurado representa la ventaja de que transferir los riesgos sobre los cuales se asegura.

Es, también, un contrato *conmutativo*, pues la prima que paga el asegurado se mira como equivalente del riesgo que asume el asegurador.

El seguro es, por regla general, un *contrato principal*; sin embargo, en ciertos tipos de seguro, éste tiene por finalidad caucionar el cumplimiento de una obligación principal y sería, por tanto, un contrato accesorio. Tal es el caso de los seguros de garantía y de fidelidad, entre otros.

Este es, además, un contrato *solemne* porque, conforme al art. 514 del Código de Comercio, se perfecciona y prueba por escritura pública, privada u oficial. El documento del cual consta el seguro se llama póliza. Si el seguro se ajusta en forma meramente verbal no existe contrato de seguro, sino contrato de promesa de seguro, y puede ser acreditada por cualquiera de los medios probatorios que prevé la ley mercantil; pero sin producir ninguno de los efectos del seguro propiamente tal.

Es un contrato *de adhesión* ya que las compañías celebran sus contratos por medio de pólizas impresas, en las cuales hay una parte fundamental, las Condiciones Generales, no susceptibles de ser modificadas. Lo único susceptible de libre discusión es la admisión o no de esas modificaciones o derogaciones, según los textos prefijados, y las estipulaciones referentes a los detalles singulares cada seguro, que se especifican en las llamadas Condiciones Particulares de las pólizas.

Generalmente el seguro es un contrato *individual*. Esto significa que, para su formación requiere el consentimiento unánime de las partes. Sin embargo, algunos tipos de seguros se pueden contratar, y de hecho se contratan, como contratos colectivos.

El seguro es un contrato *de ejecución o tracto sucesivo*, porque las obligaciones de las partes se cumplen de manera continuada. Así, por ejemplo, el asegurado, además de pagar las primas, debe cuidar las cosas aseguradas como un buen padre de familia y debe hacer lo necesario para prevenir el acaecimiento del siniestro; y, en caso de resolverse anticipadamente el contrato, la prima es devuelta sólo en aquella parte que no ha sido devengada.

Asimismo, es un contrato *dirigido*, porque el estado, a través de la SVS, tiene intervención en el registro de modelos de pólizas y en la fiscalización del cumplimiento de las obligaciones que en virtud de ellas contraen las compañías de seguro.

Finalmente, el seguro es un contrato puro y simple. Una vez celebrado el contrato nacen inmediatamente obligaciones tanto para el asegurador como para el asegurado (por ejemplo, asumir el riesgo y pagar la prima, respectivamente). "La obligación de indemnizar por parte del asegurador, es la única obligación futura e incierta; pero sin embargo, aun esta no sería una obligación del todo condicional".¹⁰

1.3.3 Principios Generales del Seguro:

La doctrina, en general, reconoce como principios generales del contrato de seguros la Buena Fe, el Interés Asegurable, la Indemnización, la Subrogación y la Causa Inmediata.

“Se trata de principios que caracterizan a todos o al menos a la mayoría de los contratos de seguro, de un modo expreso o tácito y constituyen la esencia de la relación jurídica”.¹¹

¹⁰ BAEZA PINTO, Sergio, Op. Cit., p. 34.

¹¹ CONTRERAS, GÓMEZ y otros, Op. Cit., p.

a) Máxima Buena Fe:

Este principio implica que tanto la celebración como la ejecución del contrato de seguro debe realizarse con el máximo de buena fe por ambas partes. Conforme a lo señalado por don Osvaldo Contreras Stauch, la buena fe "constituye la rectitud de intención, la honorabilidad comercial, la actitud de desenvolverse sin el propósito de perjudicar al otro contratante".¹² Como tal este principio se encuentra en todos los contratos de seguros, sin importar el tipo que este sea, aún más, este principio rige la celebración y ejecución de todos los contratos en general.¹³

Sin embargo, tratándose del contrato de seguros adquiere una mayor relevancia, por cuanto es el asegurador quien protege el interés del asegurado sobre la base de antecedentes entregados aquel, que supone verdaderos y totales; y a su vez, el asegurado contrata el seguro entendiendo que el asegurador cumplirá con cubrir los riesgos especificados en el contrato, lo que "lo obliga a actuar con extrema cautela en la publicidad y propaganda que utilice."¹⁴

Este principio es el de mayor aplicación en esta materia, encontrándose presente en numerosas disposiciones legales, reglamentarias y contractuales.

b) Interés Asegurable:

Al igual que el principio de buena fe, se encuentra presente en la generalidad de los contratos. El artículo 518 de nuestro Código de Comercio lo consagra al señalar que el asegurado debe "tener al tiempo del contrato, un interés real en evitar el riesgo, sea en calidad de propietario, copartícipe, fideicomisario, usufructuario, arrendatario, acreedor o administrador de bienes ajenos, sea en cualquiera otra que lo

¹² CONTRERAS, GÓMEZ Y otros, Op. Cit., p.

¹³ Cabe recordar que la norma contenida en el art. 1546 del CC, trata específicamente el cumplimiento de buena fe de los contratos, como parte de lo que la doctrina denomina como La Teoría General de los Contratos"

¹⁴ CONTRERAS, GÓMEZ y otros, Op. Cit., p.19 nota 3.

constituya en interesado en la conservación del objeto asegurado”.¹⁵ De esta forma, toda persona que celebre un contrato debe tener un “interés económico y legítimo”¹⁶ para hacerlo; así, tratándose del seguro, deberá tener dicho interés en precaver el riesgo que pueda ocurrir.

Este interés para el asegurado surge de un conjunto de situaciones de hecho o jurídicas que lo vinculan con los bienes de que se trate, en términos tales que el transferir los riesgos al asegurador le produzca un cierto beneficio, acarreado una consecuencia económica desfavorable para el caso de no contratar dicho seguro.

De no existir dicho interés asegurable, no podría exigirse legítimamente la indemnización correspondiente, por cuanto, el hecho que causa daño no puede provocar perjuicio a quien carece de interés. De hecho, el antes citado artículo 518 agrega que el seguro en que falte el antes referido interés es nulo y de ningún valor.

c) Principio de Indemnización:

Dentro de las clasificaciones del seguro se puede distinguir entre seguros de daños y seguros de personas. En cuanto a los seguros de daños, este principio llamado de indemnización es plenamente aplicable a los seguros de daños, no así en el caso de los seguros de personas.

Este principio, tratado en el artículo 517 de nuestro Código de Comercio establece que el seguro es un contrato de mera indemnización y no puede constituir para el asegurado motivo de ganancia. Así enunciado, el principio en cuestión se aplica solo al seguro de daños, y, en particular, a los llamados seguros reales.

El objetivo primordial del principio de indemnización en los antes mencionados seguros es impedir que el seguro reporte para el asegurado otra cosa que no sea el mero resarcimiento del siniestro, de forma tal que quede en la misma

¹⁵ Ibid p.20.

¹⁶ Ibid p.20

situación en la que estaba antes que aquel aconteciera. De ninguna forma el asegurado podría obtener ganancias a través de él, de lo contrario, de poder “obtener legalmente alguna ganancia a través del siniestro, el asegurado sería el principal interesado en que el siniestro ocurriera”,¹⁷ ello enfatiza el carácter de orden público que tiene la finalidad de este principio.

d) Principio de Subrogación:

Consiste, básicamente, en “la facultad que tiene la compañía aseguradora que paga una indemnización, de perseguir las responsabilidades legales y restitución de lo pagado, en contra de los terceros culpables del siniestro, si los hubiere”.¹⁸

Consagrado en el artículo 553 del Código de Comercio, se encuentra implícito en todos los contratos de indemnización sin necesidad de que se exprese, aún cuando en la práctica, generalmente, se haga constar. Se traduce en el derecho del asegurador para ejercer todas las acciones que el asegurado tenga a consecuencia del siniestro contra terceras personas que resulten responsables de su ocurrencia; y asiste a dicho asegurador en caso de pagar una indemnización con cargo a una póliza para el recupero de lo pagado en virtud de un siniestro.

e) Causa Inmediata:

Este principio trata de resolver el problema que se plantea cuando concurren diversas concausas para producir el resultado dañoso en un siniestro. En dichos casos este principio implica que para que el siniestro se encuentre cubierto por la póliza, debe haber una relación consecucional entre el hecho que lo genera y la consecuencia dañosa, estando dicho hecho generador comprendido entre los que cubre la póliza.

¹⁷ Ibid p.21.

¹⁸ Ibid p.21-22.

Así, dicho hecho debe constituir “la causa inmediata y eficiente, que, contemplada o amparada por la cobertura de la póliza, produce directamente el siniestro o desencadena la serie causal de acontecimientos que terminan por producirlo.”¹⁹

1.4 CONTRATO DE SEGURO COMO CONTRATO OBLIGATORIO

Dentro de las clasificaciones que doctrinariamente se hacen del contrato de seguro, suele hablarse de seguro voluntario y de seguro obligatorio, según si la iniciativa de contratar el seguro queda enteramente librada al asegurado, o que el aseguramiento le sea impuesto. Esta imposición puede venir del Estado o de la contraparte.

En general, en el desarrollo de los sistemas económicos de los distintos países han aparecido necesidades de seguros convenientes desde el punto de vista social, a las que el capital privado no podía dar satisfacción. Las compañías aseguradoras declinaban aceptar los riesgos inherentes a estos seguros con inspiración social, pues su aceptación les resultaba poco lucrativa e incluso constituía un peligro para su solvencia de los propios aseguradores. "En muchos casos, como en Estados Unidos, los problemas de seguros de esta clase fueron resueltos creando 'fondos de seguro de Estado', los cuales son propiedad de los Estados en los que están situados los riesgos asegurados y operados dentro de los mismos." ²⁰

El seguro obligatorio se impone, de esta forma, como necesidad, cuando a su sostenimiento tienen que contribuir personas o entidades a quienes no alcanzan, al

¹⁹ Ibid, p.22-23.

menos, directamente, sus beneficios. Es lo que sucede con los seguros sociales que, por regla general, son obligatorios adquiriéndose la calidad de asegurado, bajo tal régimen, automáticamente en el instante de reunir las calidades exigidas por la ley para ser sujeto de protección (empleado u obrero).

"el seguro obligatorio es viable técnicamente, y esto por excepción, si responde a una necesidad social"²¹, como lo es el caso de los seguros obligatorios de responsabilidad civil, concebidos para proteger a las víctimas de los accidentes de circulación, siempre que quien los establece no sea, al mismo tiempo, quien deba asumirlos, para preservar, de este modo, la libertad de selección de los riesgos que es vertebral en la técnica de seguros.

En Chile tiene carácter obligatorio, precisamente, el seguro establecido en la Ley 18.490.

El SOAP es, por lo demás, un contrato forzoso ortodoxo y, como tal, es de aquellos que el legislador obliga celebrar en pos de un fin social, cual es paliar los efectos económicos adversos que sufren los conductores y víctimas de los accidentes del tránsito.

Dado que se trata de un contrato forzoso ortodoxo existe el mandato impuesto por el legislador al propietario del vehículo, o a su conductor, de contratar el seguro; pero se les deja la posibilidad de elegir a la contraparte, o sea, de elegir libremente la compañía de seguro con quien se contratará el SOAP. Así, subsiste cierta autonomía de la voluntad, pero restringida en cuanto se impone su contratación y sus cláusulas que están, básicamente, acotadas por la Ley N°18.490 y por las modificaciones a las pólizas del SOAP, que ha hecho la SVS, donde están registradas.

²⁰ ALLEN, Francis T. "Principios Generales de los Seguros", traducción de Teodoro Ortiz, México, 2ª ed., Fondo de Cultura Económica, 1955, p.

2 ORDENAMIENTO JURÍDICO DEL SEGURO EN CHILE

Nuestro Código de Comercio, promulgado en el siglo XIX, contempla en los artículos 512 a 601 un conjunto de normas generales aplicables tanto a los seguros terrestres como marítimos; disposiciones privativas del seguro terrestre y normas especiales sobre algunos tipos de seguros, tales como el seguro de vida o el seguro contra incendios.

En los artículos 1158 al 1202 del mismo código se contienen las normas que regulan los seguros marítimos. Estas normas son nuevas y resultaron de la modificación al Código de Comercio introducida por la ley N°18.680, de 1988, que sustituyó el Libro III que regulaba la navegación y el comercio marítimo. Asimismo, las disposiciones sobre prescripción contenidas en el Título X del mismo cuerpo legal forman parte de la normativa sobre seguro marítimo.

Por otra parte, el contrato de seguro, en cuanto contrato se rige por las normas generales sobre esta materia contenidas tanto en el Código Civil como en el Código de Comercio.

Sigue en importancia, en cuanto a reglamentación de seguro, el DFL N°251, de 1931, sobre Compañías de Seguros. En este texto legal se contienen las normas que integran lo que se podría denominar como derecho de la empresa de seguros. Se trata, en general, de la normativa que regula la forma en que debe ejercerse el comercio de seguros en Chile. También, forma parte de la legislación de seguro el DL N°3075, de 1980, que modificó el DFL N°251. Dicha modificación fue complementada por modificaciones posteriores contenidas en las Leyes N°18.660, de 1987, y N°18.814, de 1989.

²¹ OSSA G., J Efrén. "Teoría General del Seguro, la Institución", 1984-1988, Vol I, p. 33.

Adicionalmente, integran la legislación chilena sobre seguro la Ley N°16.774 sobre Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y sus diversos Reglamentos; el DL N°2222, de 1978 que contiene la Ley de Navegación; el DL N°3500, de 1980, cuyo artículo 59 consagra el seguro obligatorio que deben contratar la Administradoras de Fondos de Pensiones para cubrir el financiamiento del capital necesario para pagar las pensiones de invalidez y sobrevivencia derivadas del régimen previsional del país; el mismo DL N°3500, cuyos artículos 61 y siguientes reglamentan los seguros de renta vitalicia que los afiliados del sistema previsional pueden contratar; la Ley N°18.302, de 1984, que reglamenta el seguro de responsabilidad civil que deben contratar las empresas explotadoras de instalaciones, laboratorios o establecimientos nucleares para caucionar su responsabilidad por los daños que pueda causar una accidente nuclear; la propia Ley N°18.490 que estableció un seguro obligatorio para cubrir los accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados; y el Reglamento sobre Auxiliares del Comercio de Seguros contenido en Decreto de Hacienda N°863, del año 1969.

3 DESARROLLO DEL SOAP EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

3.1 SEGURO OBLIGATORIO DE LA LOCOMOCIÓN COLECTIVA

El sistema del seguro obligatorio de la locomoción colectiva fue configurándose a partir se una serie de disposiciones jurídicas contenidas en diferentes decretos y leyes que fueron dictándose, básicamente, debido a falencias de las normas originales. Así, revisaremos brevemente las normas que lo integran.

3.1.1 **DS N° 188 del Ministerio de Economía**²²

Este decreto fue dictado por el Poder Ejecutivo en respuesta al gran incremento en los accidentes de tránsito en que participaban vehículos de la locomoción colectiva y a consecuencia de una serie de compromisos contraídos por los empresarios de ese rubro con el Gobierno, durante 1965, entre los que se encontraba la implantación de un seguro de pasajeros y peatones.

En los artículos 13 y 14 de este decreto se contemplaban las ideas matrices de este seguro, que podemos resumir en tres puntos. En primer término, establecía que la explotación del seguro estaría a cargo exclusivamente del Instituto de Seguros del Estado (ISE), exclusivamente. Como segunda idea, fijaba para el financiamiento de este seguro un porcentaje del valor de los pasajes. Por último, prescribía un control estatal de la emisión de los boletos.

Sin embargo, existía el problema de la falta de facultades del ISE, conforme a su estatuto legal, para asumir esta cobertura. El problema, en sí, radicaba en que sólo una norma de rango legal podía conferir al ISE las facultades necesarias; por lo que el DS N°188, al tener un rango inferior, no podía conferirlas.

3.1.2 **Ley N° 16.426**²³

La ley N°16.426 se refería a otras materias, sin embargo, dentro de sus normas se incluyó, en el artículo 19, una autorización al Presidente de la República para dictar el Reglamento del Seguro de Vida y Accidentes Personales de los Pasajeros de la Locomoción Colectiva del país, el que debía regir desde el 1° de Julio de 1966. Asimismo, establecía que el Banco Central de Chile vendería a los empresarios los boletos que emitiría la Casa de Moneda en cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 14 del DS N°188.

²² DO de 14 de Abril de 1965.

²³ DO de 14 de Febrero de 1966.

3.1.3 **DS N° 1582 del Ministerio de Hacienda**²⁴

Contenía el proyecto del Reglamento que debía dictarse para la aplicación del seguro contenido en la ley, cuya elaboración fue encargada por el Ejecutivo a la Superintendencia de Compañías de Seguros, Sociedades Anónimas y Bolsas de Comercio.

Para tal efecto se creó una comisión que dio como resultado el DS N°1582. Este decreto fue elaborado pese a las prevenciones que plantearon los miembros de la comisión, quienes, desde un comienzo, consideraron que el artículo 19 de la Ley N°16.426 era insuficiente para dar una protección adecuada a las víctimas de los accidentes del tránsito de la locomoción colectiva. Reconocían, por lo demás, que su texto no daba normas para la implementación de tal seguro por los que se debía recurrir a las normas generales de la responsabilidad contractual del empresario; configurándose, así, un seguro de responsabilidad civil. De esta forma, el pago de indemnizaciones procedería siempre que una sentencia condenara al empresario o se suscribiera una transacción aprobada por el asegurador, sin contemplar una acción directa de la víctima.

Por otra parte, el texto del artículo 19 de la citada ley nada dispuso sobre cuál entidad aseguradora era la que debía asumir la cobertura del seguro, simplemente dispuso que dicha cobertura podía ser abordada por el ISE, dentro de sus facultades, así como también por las demás compañías de seguros, previa autorización de la Superintendencia.

Este Reglamento no tuvo aplicación práctica, pues era ajeno al fin social perseguido por el legislador; transformándose en un seguro de responsabilidad civil de los empresarios, en el que el objeto asegurado era el patrimonio de los

²⁴ DO de 30 de Junio de 1966.

mismos por las pérdidas o desembolsos económicos que pudieran sufrir como consecuencia de ser condenados a una indemnización, por una sentencia judicial.

3.1.4 **Ley N° 16.582**²⁵

Se dictó para remediar la situación de desamparo que seguían sufriendo las víctimas de los accidentes de tránsito.

En su artículo 25 reemplazó el artículo 19 de la Ley N°16.426, estableciendo el Seguro Obligatorio de Accidentes de los Pasajeros de la Locomoción Colectiva del País, a cargo del ISE. Lo anterior no obstante, las limitaciones contempladas en el propio estatuto orgánico del ISE, y de acuerdo con las normas que le señalara la Superintendencia.

Dentro de este seguro se contemplaban los riesgos de muerte, incapacidad permanente (total o parcial) e incapacidad temporal que sobrevinieran a consecuencia de accidentes del tránsito en que participaran vehículos de locomoción colectiva.

Este seguro se financiaría con el 1% del valor de los pasajes y el Banco de Estado de Chile vendería a los empresarios los boletos de pasajes que emitiría la Casa de Moneda.

3.1.5 **DS N° 1130 del Ministerio de Hacienda**²⁶

La Ley N°16.582 facultaba al Presidente de la República para dictar las disposiciones que regularían este seguro; pudiendo establecer, entre otras materias, tanto a las personas de los beneficiarios como los requisitos para obtener indemnizaciones. Además, autorizaba al Presidente, para extender el seguro a las lesiones o muerte que pudieran sufrir los peatones con ocasión de accidentes causados por vehículos de la locomoción colectiva. Precisamente, en virtud de esta

²⁵ DO de 24 de Noviembre de 1966.

²⁶ DO de 18 de Agosto de 1967.

facultad es que se dictó el DS N°1130, que aprobaba el Reglamento del Seguro de Accidentes de Pasajeros y Peatones de la Locomoción Colectiva.

Con esta última norma jurídica quedaba configurado, definitivamente, este seguro obligatorio, que cubría los resultados de muerte y lesiones que sufrían los pasajeros de la locomoción colectiva a consecuencia de accidentes de tránsito en que participaran vehículos que desarrollaban dicha actividad.

La instauración de este mecanismo de reparación benefició a gran parte de las víctimas del tránsito; sin embargo, dejaba sin cobertura a aquellos casos constituidos por accidentes en que participaban solamente vehículos particulares, dejando un vacío importante. De este modo, sólo se dio solución parcial a un problema social que requería una solución más integral.

3.2 SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD

El artículo 13 de la Ley N°17.308, publicada en el Diario Oficial el 1° de Julio de 1979, contemplaba un seguro obligatorio que cubría la responsabilidad civil solidaria del dueño y de quien manejara un vehículo motorizado, en los casos de muerte o lesiones causadas a las personas con ocasión de un accidente de tránsito.

Este seguro podía contratarse, indistintamente, con el ISE o con las demás entidades aseguradoras, conforme a las normas que señalara la Superintendencia de Compañías de Seguros.

Además, la ley facultaba al Presidente de la República para dictar las disposiciones conducentes a determinar la responsabilidad y el monto del seguro; señalar los vehículos que quedarían obligados a contratar la póliza correspondiente; disponer las exigencias y controles necesarios para que los propietarios cumplieran con la obligación de asegurarse y establecer las sanciones por el incumplimiento;

señalar los requisitos y procedimientos para obtener las indemnizaciones, y la compatibilidad o incompatibilidad de éstas con otras que pudiera recibir la víctima en razón del mismo accidente; fijar el orden de beneficiarios; señalar los casos en que la entidad aseguradora podría repetir contra el propietario y el conductor o únicamente contra este último, para el reembolso de lo pagado directamente a las víctimas; determinar los impuestos y recargos que afectarían exclusivamente a estos seguros, pudiendo eximirlos, al mismo tiempo, de todos los impuestos que gravan las pólizas; establecer un Fondo Nacional de Garantía que se integraría con el producto de multas o recargos a las primas y por otros recursos provenientes de la aplicación de este seguro; y, en general, dictar todas las demás normas que fueran necesarias para el establecimiento y aplicación de este seguro.

Asimismo, facultaba al Presidente de la República para extender este seguro obligatorio, cuando lo estimara conveniente, a los daños causados a vehículos y otros bienes.

El legislador lo concibió como un seguro privado de contratación obligatoria. De esta forma se distinguió entre la obligación legal del propietario de contratar el seguro y la eventual obligación del asegurador de pagar la indemnización en caso de producirse el siniestro, una vez celebrado el contrato de seguro, lo que se traducía en que esta obligación no tuviera ya como fuente inmediata la ley, sino el contrato mismo.

Se podía calificar este seguro como uno de daños; y, específicamente, como uno de índole patrimonial, pues se aseguraba la responsabilidad civil solidaria del propietario y del conductor del vehículo que causa daño. Esto es, las eventuales erogaciones o desembolsos económicos a que hubieran podido resultar condenadas dichos sujetos, como consecuencia de un hecho ilícito culposo del conductor del vehículo a raíz de un accidente de tránsito.

Dentro de este seguro es importante destacar la iniciativa del legislador de crear el Fondo Nacional de Garantía; el cual se pensó como un órgano indispensable para el funcionamiento adecuado del sistema indemnizatorio en todos aquellos casos en que, habiéndose producido un accidente, no existiera contrato de seguro obligatorio vigente cuyo asegurador pagare el siniestro.

En la práctica, el artículo 13 de la Ley 17.308 no tuvo vigencia pues el Presidente de la República no dictó el decreto correspondiente, reglamentando este seguro; siendo, finalmente, derogado en el año 1980.

Cabe señalar que el seguro contenido en el referido artículo adolecía de un grave problema: no cumplía con la finalidad que se había propuesto el legislador desde el año 1965, cual era dar solución al problema social de la reparación del daño a las personas afectadas a consecuencia de accidentes de tránsito. Como antes señalamos, el riesgo asegurado era la responsabilidad civil extracontractual; de lo cual se colige que el asegurador iba a resultar contractualmente obligado al pago de la indemnización correspondiente sólo una vez acreditado que el conductor o el propietario asegurado habían actuado en forma culposa y que dicha conducta había sido causa directa y necesaria de los daños causados. En otras palabras, requería una sentencia que estableciera que se había cometido un cuasidelito, lo que la compañía aseguradora correspondiente trataría de evitar asumiendo la defensa del asegurado para probar que actuó con la debida diligencia y cuidado.

De lo anterior se concluye que, aún cuando este seguro se hubiere aplicado habría mantenido, de todas formas, la indefensión en que se encontraban las víctimas de accidentes de tránsito.

3.3 SEGURO OBLIGATORIO DE PASAJEROS DE SERVICIOS ESPECIALES DE LA LOCOMOCIÓN COLECTIVA

Contenido en el DL N°431²⁷, hacía extensivo el Seguro Obligatorio de Accidentes de Pasajeros y Peatones de la Locomoción Colectiva a los vehículos de la locomoción colectiva particular, estatal, municipal o mixta, que trasladaran o transportaran pasajeros en viajes especiales a lugares distintos de sus recorridos habituales; como asimismo, a aquellos vehículos cuyo propietario, sin tener concesión alguna, obtuviera permiso para realizar este tipo de servicio. También, se extendía a aquellos vehículos que trasladaran o transportaran trabajadores o escolares. Por último, se extendía a aquellos vehículos que se dedicaran temporalmente a realizar viajes de turismo.

A todos ellos se les aplicarían las normas del DS de Hacienda N°1130, de 1967, antes mencionado; y se facultaba al ISE para establecer el monto de la prima y suscribir los convenios de pago que estimara convenientes.

3.4 SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL - DL N°3252

Este decreto, publicado en el Diario Oficial el día 11 de Marzo de 1980, estableció un seguro obligatorio de responsabilidad civil en accidentes de tránsito que regiría a partir del 1° de Enero de 1981. Aquí, el riesgo asegurado era tanto la responsabilidad del dueño del vehículo motorizado como de quien lo manejara en casos de muerte o de lesiones causadas a las personas o de daños causados a vehículos u otros bienes con ocasión de un accidente del tránsito.²⁸

²⁷ DO de 7 de Mayo de 1974.

²⁸ DECRETO LEY N° 3252, 1980, Artículo 1° .

Se establecía una prohibición de circulación en el territorio nacional para aquellos vehículos que no portaran el certificado de dicho seguro²⁹. Las pólizas y primas de este seguro obligatorio se declararon exentas de todo impuesto, tasa o gravamen.³⁰

Además, facultaba al Presidente de la República para que, dentro del plazo de ciento ochenta días contados desde la publicación de este decreto ley, dictara todas las disposiciones que fueran necesarias para el establecimiento y aplicación de este seguro, en términos similares a la autorización concedida al Primer Mandatario por el artículo 13 de la Ley N°17.308, antes citada.³¹ Por último, el artículo 5° de este cuerpo legal derogaba expresamente el citado artículo 13.

3.4.1 **DL N°3558**³²

Contiene un artículo único que introduce modificaciones al texto del DL N°3252, estableciendo la vigencia del seguro en cuestión a partir del día 1° de Enero de 1982; expresando que éste debía contratarse respecto de todo vehículo que para transitar requiriera permiso de circulación.

Fijaba para esta cobertura, que precavía una eventual responsabilidad civil extracontractual, un mínimo de indemnización equivalente a 40 Unidades de Fomento para los casos de daños causados a bienes inmuebles - lo fueren por naturaleza o por adherencia - y a los vehículos de terceros; y un mínimo equivalente a 100 Unidades de Fomento en los casos de muerte por cada tercero afectado, con un máximo de 200 Unidades de Fomento, cualquiera fuera el número de víctimas, sin cubrir en ningún caso el daño moral ni el lucro cesante.

²⁹ Artículo 2° del DL N°3252, de 1980.

³⁰ Artículo 3° del DL N°3252, de 1980.

³¹ Artículo 4° del DL N°3252, de 1980.

³² DO de 4 de Febrero de 1981.

Adicionalmente, facultaba al Presidente de la República para que, mediante un decreto con fuerza de ley, estableciera determinadas materias para la aplicación de este seguro, entre las cuales, podemos mencionar el monto cubierto en caso de lesiones según su naturaleza. A su vez, se le autorizó para prorrogar la entrada en vigencia del seguro hasta por el plazo de 180 días, si las necesidades así lo aconsejaban.

3.4.2 **DFL N° 151**³³

En uso de la facultad que le concedía el DL N°3558, el Presidente de la República dictó este DFL mediante el cual estableció la vigencia del seguro obligatorio a partir del 31 de Marzo de 1982.

También, estableció normas pertinentes para la aplicación de este seguro obligatorio de responsabilidad extracontractual, en cuanto a montos cubiertos en los distintos resultados de daños, tanto en las personas como en las cosas; oportunidad, exigencias y controles para el cumplimiento de la obligación de asegurar; sanciones, requisitos y procedimientos para la obtención de las indemnizaciones; compatibilidad con otros seguros; exclusiones de cobertura; plazos de prescripción; orden de los beneficiarios; derecho a repetir, y situaciones especiales.

Además, se encomendó a la Superintendencia la aprobación del modelo de la póliza para el cumplimiento de la obligación de asegurar sus vehículos por parte de los propietarios de éstos; quedando facultada dicha entidad para modificarlo cuando lo estimara conveniente, debiendo, eso sí, publicarse tanto el modelo de póliza como sus posteriores modificaciones.

3.4.3 Ley N° 18.382³⁴

Sucesivas disposiciones legales fueron postergando la entrada en vigencia de este seguro obligatorio en forma íntegra.

El Artículo 97 de la Ley N°18.382 diferenció la cobertura de responsabilidad extracontractual por daños ocasionados a vehículos y otros bienes de aquella cobertura por daños a las personas, indicando que esta última regiría a partir del 1° de Enero de 1985 y postergando la entrada en vigencia de aquella para el 1° de Enero de 1986.

Las sucesivas postergaciones a la entrada en vigencia de este seguro se explicaban en las dificultades que presentaba y que empezaban a hacerse notar. Por una parte, la cobertura de la responsabilidad extracontractual no excluía el elemento subjetivo como requisito para dar lugar a las indemnizaciones por los daños producidos con ocasión de accidentes de tránsito; y resultaba, por tanto, muy costoso para el común de las personas. Por otra parte, la operatividad del sistema era altamente dificultosa, sobre todo en lo que se refería a los daños en las cosas, v. gr, en la liquidación de siniestros con daños a vehículos primero debía verificarse la efectividad de los daños, lo que implicaba para las compañías una aparataje administrativo significativo, todo lo cual redundaba en un problema económico.

El artículo 98 de la citada Ley modificó algunos artículos del DFL N°151, sin alterar sustancialmente esta cobertura obligatoria. Además, en su artículo 99 reemplazaba el inciso tercero de la Ley N°16.426, disposición que, como hemos visto, establecía el Seguro Obligatorio de Pasajeros de la Locomoción Colectiva. De esta forma el legislador trata de extender el seguro de responsabilidad

³³ DO de 31 de Diciembre de 1981.

³⁴ DO de 28 de Diciembre de 1984.

extracontractual a las víctimas de accidentes de ese rubro de transporte, convirtiéndose en un seguro de responsabilidad y no de accidentes personales.

Así, se obligaba al ISE a cubrir la responsabilidad civil del dueño y de quien manejara un vehículo de la locomoción colectiva y taxis colectivos, por los riesgos de muerte y lesiones que ocasionaran a las personas incapacidad permanente, total o parcial, o incapacidad temporal, a consecuencia de accidentes del tránsito.

3.4.4 **Ley N° 18.396**³⁵

El artículo transitorio de esta Ley vuelve a prorrogar la entrada en vigencia del seguro de responsabilidad civil por daños en las personas hasta el 1° de Julio de 1985.

Por su parte, en su artículo único esta Ley nuevamente reemplaza el inciso tercero del artículo 19 de la Ley N°16.426, en términos tales que el ISE quedaba obligado a cubrir a los pasajeros y peatones los riesgos de muerte, incapacidad permanente, total o parcial, e incapacidad temporal que sobrevinieran a consecuencia de accidentes de tránsito; agregando, que el referido instituto también debía cubrir la responsabilidad del dueño y de quien manejara un vehículo de la locomoción colectiva y taxis colectivos por los riesgos de daños a las personas, en la misma forma y por los mismos montos que los establecidos en el DL N°3252.

Esta última redacción dada al texto del inciso tercero de dicho artículo 19 resultó muy confusa, toda vez que obligaba al ISE a cubrir unos mismos daños en las personas - como consecuencia de accidentes en que interviniera un vehículo de la locomoción colectiva - mediante dos coberturas distintas. Esto es, amparando tanto la responsabilidad civil del dueño y del conductor del vehículo por daños en las personas; cuanto cubriendo estas últimas a través del seguro de accidentes contemplado, originalmente, para la locomoción colectiva.

Cabe destacar que, no obstante los intentos del legislador por ampliar los efectos del seguro de responsabilidad civil a todas las víctimas de accidentes de tránsito, sin distinguir el tipo de vehículo involucrado, quedó un inmenso vacío en la cobertura respecto de los propietarios y conductores de los vehículos particulares y de la locomoción colectiva, como asimismo, del personal auxiliar de este rubro, los cuales no estaban ni siquiera cubiertos en cuanto a daños personales; quedando todos ellos injustamente en una situación de desamparo que el legislador debía remediar.

En definitiva, el seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños en las personas instituido por los DL N°3252, DL N°3558 y el DFL N°151 de Hacienda, alcanzó a operar durante el transcurso de 1985, cubriendo solamente los daños en las personas por mandato de la citada Ley N°18.382.

Durante dicho periodo la Superintendencia recibió numerosos reclamos por parte de las víctimas de accidentes en contra de las compañías aseguradoras que asumieron este riesgo, las cuales en muchos casos se negaban a indemnizar los daños, alegando que el accidente había ocurrido por culpa del tercero perjudicado o por causas de fuerza mayor extrañas a la conducción del vehículo, contempladas como causales de exclusión de cobertura, conforme al numeral primero de la letra b) del artículo 11 del DFL N°151, de Hacienda. De esta forma, no se cumplía con la finalidad tenida en vista por el legislador de indemnizar oportunamente a las víctimas, pues debía esperarse que, por sentencia judicial, se determinaran las responsabilidades civiles derivadas de un accidente de tránsito para, sólo después, procederse al pago.

³⁵ DO de 18 de Enero de 1985.

En estas Circunstancias, el Poder Ejecutivo en el año 1985 tomó cartas en el asunto y, asumiendo facultades de legislador, remitió a la Junta de Gobierno un Mensaje del Presidente de la República que contenía una nueva orientación en torno al seguro obligatorio por daños causados en accidentes del tránsito en los que intervinieran vehículos motorizados; proceso legislativo que concluyó con la dictación de la Ley N°18.490, cuyo análisis crítico es el objeto del presente trabajo y cuya génesis revisaremos en capítulo siguiente.

CAPITULO II

DESARROLLO DEL SISTEMA VIGENTE DEL SOAP

1 GÉNESIS DE LA LEY N° 18.490

Las deficiencias del sistema del seguro obligatorio de responsabilidad civil ponían a las víctimas de accidentes de tránsito en una situación de desprotección, al quedar privados de una oportuna indemnización para hacer frente a las consecuencias económicas que se derivan de un hecho de daños. Atendido esto, se hacía necesaria la elaboración de una ley que diera una solución mas cabal a dicho problema social.

1.1 PROYECTO DE LEY

Debido a la situación antes descrita, el Presidente de la República, con fecha 4 de Julio de 1985, envió a la Junta de Gobierno un Mensaje que contenía un proyecto de ley, estableciendo un seguro obligatorio de accidentes causados por la circulación de vehículos motorizados, conjuntamente con un informe técnico del Ministro de Hacienda.

1.1.1 Mensaje del Ejecutivo

Contiene las consideraciones primordiales que tuvo en cuenta el Ejecutivo en la elaboración del proyecto de ley referido. Analiza, además, las diferencias entre el sistema hasta entonces vigente y aquel que se pretendía implementar con la nueva ley.

Señala que una de las principales ventajas que representa el proyecto, por sobre el seguro hasta entonces vigente, radica en la cobertura de los seguros. Mientras en la legislación vigente el riesgo cubierto es un hecho subjetivo como la responsabilidad civil del causante del accidente, en el proyecto propuesto se cubren los riesgos de muerte y lesiones que sufran las personas a consecuencia de un accidente de tránsito, que constituyen hechos objetivos de fácil comprobación y principal fundamento del proyecto.

De esta principal consideración se derivan las demás ventajas tomadas en cuenta por el ejecutivo para informar el proyecto en cuestión. Así, el seguro de accidentes personales propuesto operaría de manera automática, al acreditarse la ocurrencia de la contingencia cubierta.

También se destaca la formación del Fondo Nacional de Indemnización de Accidentes del Tránsito, corporación de derecho privado sin fines de lucro cuyo objeto sería reparar los daños causados a las víctimas de accidentes en los casos que intervinieran vehículos que no pudieran ser identificados o que no contaran con el correspondiente seguro.

Además, el proyecto busca compatibilizar este seguro con el seguro de accidentes de la locomoción colectiva, del artículo 19 de la ley N°16.426, de forma que todos los riesgos de ese sector se asimilen a esta ley y sean de cargo del ISE.

Asimismo, busca que este seguro se haga "significativamente más barato, especialmente en el caso de buses, camiones y taxis, ya que el costo de la prima va directamente relacionada con la amplitud de la cobertura y la facilidad de su administración".³⁶

36 BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. "Historia de la Ley, Ley N° 18490", Santiago, vol. 1, Mensaje del Presidente de la República N°1278, del 4 de Julio de 1985.

Por último, con el fin de hacer homogénea la aplicación del seguro en cuestión, se señala para su inicio el 1º de Abril de 1986, iniciando su vigencia, para todo el parque automotriz, en la misma fecha, la cual es coincidente con el vencimiento del plazo para la renovación de los permisos de circulación. Con esta medida, se busca evitar, también, que un porcentaje significativo de vehículos circule sin cobertura. Finalmente, y para la eficacia de este seguro, se consideró como el control más útil configurarlo "como requisito para obtener el permiso de circulación."³⁷

1.1.2 **Informe Técnico**

El informe técnico que acompañaba el mensaje del ejecutivo a la Honorable Junta de Gobierno especifica o explica las consideraciones tomadas en cuenta por aquél para la elaboración del proyecto de ley. Dicho informe técnico fue elaborado por el Ministerio de Hacienda analizando las modificaciones que debían introducirse para mejorar el sistema hasta entonces vigente.

La principal y fundamental modificación, que constituye la finalidad misma del proyecto, consiste en sustituir el seguro obligatorio de responsabilidad civil para vehículos motorizados, vigente a la época, por otro seguro, también obligatorio, que cubra los daños a las personas en los casos de accidentes en que intervengan vehículos motorizados sin previa determinación de responsabilidad.

De esta forma, el seguro cambia de uno de responsabilidad, que obliga primero a su determinación y atribución para sólo después proceder a indemnizar, a otro de carácter objetivo.

La cobertura se simplifica y amplía. Primero, en cuanto a los riesgos cubiertos redundando en menores costos del seguro. En segundo lugar, incluye

³⁷ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. "Historia de la Ley, Ley N° 18490", Santiago, vol. 1, Mensaje del Presidente de la República N°1278, del 4 de Julio de 1985.

expresamente tanto al conductor como a los pasajeros; lo cual no estaba establecido claramente en la legislación anterior.

Con un sistema objetivo, se considera en el informe técnico, es posible aumentar la cobertura, "dejándola sin tope por evento y sin que ello importe aumento de primas".³⁸ Adicionalmente, y en este mismo sentido, el proyecto crea un Fondo Nacional de Garantía, con el objeto de indemnizar a las víctimas en los casos en que no se pueda identificar el vehículo causante del siniestro o cuando participara un vehículo no asegurado. Esto constituía un problema no resuelto en la legislación anterior del cual se quiere hacer cargo.

Otro aspecto que destaca es el relativo a la vinculación de la aplicación del seguro a la renovación de los permisos de circulación. Con ello se busca garantizar que el noventa por ciento o más del parque automotor del país esté bajo cobertura al momento de poner el seguro en marcha, lo que "minimizaría el funcionamiento del fondo y evitaría que exista una alta proporción de evasores".³⁹

Otro aspecto destacable es la asignación al ISE de la cobertura del seguro, que establece el proyecto en cuestión, para los vehículos de la locomoción colectiva, respecto de los mismos riesgos "conforme a las modificaciones que se introducen al art. 19 de la Ley N° 16.426."⁴⁰

³⁸ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. "Historia de la Ley, Ley N° 18490", vol. 1, Santiago, Informe Técnico acompañado al Mensaje del Presidente de la República a la H. Junta de Gobierno, del 4 de Julio de 1985.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

1.1.3 Ideas matrices, objetivos e indicaciones relevantes. Informe del Secretario de Legislación de la Junta de Gobierno al Presidente de la Primera Comisión Legislativa

Mediante oficio de fecha 23 de Julio de 1985, el Secretario de Legislación de la H. Junta de Gobierno eleva informe al Presidente de la Primera Comisión Legislativa sobre el proyecto antes mencionado. Este informe constituye un verdadero resumen tanto de los antecedentes jurídicos como de hecho (sociales) que motivan el estudio del proyecto, cuanto de los objetivos del mismos; además, de realizar un breve análisis de su estructura y de cada artículo en particular.

Esto permite visualizar con claridad, entonces, el contexto en que el proyecto se gestó y las consideraciones que tuvo el ejecutivo para implementarlo de dicha forma. Lo anterior nos ayuda a realizar un análisis crítico sobre los resultados de la aplicación práctica del seguro establecido en el texto definitivo que se le da a la ley, que es lo que en definitiva interesa a este trabajo.

Dado que anteriormente hemos analizado los antecedentes jurídicos de la Ley N°18.490, v gr. la legislación nacional vigente a la época⁴¹, no nos detendremos en este aspecto del informe.

En cuanto a los antecedentes de hecho en que se basa tanto el mensaje como el informe técnico, cabe señalar lo siguiente:

1° El ejecutivo considera como necesario establecer un seguro que cubriera los riesgos de muerte y lesiones corporales a consecuencia de accidentes de tránsito, que como hechos objetivos y de fácil comprobación constituirían una gran ventaja sobre el seguro hasta entonces vigente.

2° El seguro operaría en forma automática, acreditada que sea la contingencia cubierta, de manera independiente de la responsabilidad del causante del accidente.

3° Se vincularía la vigencia del seguro con la renovación de los permisos de circulación para evitar la circulación de vehículos sin cobertura.

4° Se busca la compatibilización del seguro propuesto en el proyecto con aquel que rige para los vehículos de la locomoción colectiva.

5° Se expresan los fundamentos de la indicación sustitutiva hecha por el Ejecutivo respecto de los artículos 40, 41 y 2° transitorio del proyecto. De esta forma, el artículo 40 deroga toda disposición legal o reglamentaria sobre la misma materia que fuera contraria a las disposiciones contenidas en esta ley a contar del 31 de Diciembre de 1985, variando la fecha originalmente establecida para dicha derogación. Por otra parte, el artículo 41, que establece la fecha en que comienzan a regir las disposiciones de la Ley 18.490 debe iniciarse a contar del 1° de Enero de 1986. En cuanto al artículo 2° transitorio, que prorroga la vigencia de contratos de aquellos contratos de seguro celebrados conforme al DL N°3252 y al DFL N°151, se elimina.

Señala los siguientes objetivos del proyecto, los cuales se desprenden de, también de lo expresado tanto en el mensaje como en el informe técnico que lo acompañaba:

a- Sustituir el seguro obligatorio de responsabilidad civil para vehículos motorizados que cubría riesgos de las personas y bienes de terceros hasta entonces vigente, por otro de naturaleza objetiva en cuanto a la responsabilidad, pero que sólo cubriría los daños a las personas.

b- Simplificar la cobertura sin determinación judicial y ampliarla, abarcando no sólo la muerte y la incapacidad permanente total o parcial sino también los gastos de hospitalización, atención médica, quirúrgica y farmacéutica.

⁴¹ Ver "Desarrollo del SOAP en la Legislación Nacional", capítulo I, punto 3, p. 25 y siguientes, de este trabajo.

c- Crear un Fondo Nacional de Garantía, de carácter privado y sin fines de lucro, cuyo fin sería el de indemnizar a las víctimas de accidentes cuando no fuera posible identificar al vehículo causante del siniestro o éste no se encontrara asegurado.

d- Reemplazar el artículo 19 de la ley N°16.426, haciendo aplicables las disposiciones de esta ley a los vehículos de la locomoción colectiva y buscando; y al mismo tiempo, reducir el financiamiento del seguro del valor de los pasajes.

Además, este informe hace una breve descripción del proyecto y de su contenido, haciendo una síntesis explicativa de cada uno de los artículos que lo componían.

Conjuntamente, aborda la juridicidad de fondo del proyecto, haciendo, primeramente, un análisis general previo acerca de los aspectos en que las normas generales sobre seguros son modificadas por el proyecto, las cuales le dan un carácter singular; y, en segundo término, haciendo un análisis particular del seguro, apreciándolo desde dos dimensiones, tanto cuanto a su naturaleza y gravamen general, cuanto a la regulación específica que establece.

Finalmente, el informe formula alcances y observaciones formales al proyecto sobre ciertas disposiciones de algunos artículos, los cuales presentaban problemas de redacción o de formulación que debían ser modificados para evitar problemas o confusiones posteriores.

1.2 COMISIÓN CONJUNTA

La Junta de Gobierno, en sesión legislativa del 9 de Julio de 1985, dispuso que el proyecto se estudiara por una Comisión Conjunta. A esta se elevó el informe antes mencionado.

1.2.1 **Conformación**

A las sesiones de la Comisión Conjunta asisten, especialmente invitados, el Superintendente de Valores y Seguros; el Intendente de Seguros; el Señor Asesor Jurídico de la Superintendencia; representantes del Ministerio de Hacienda; el Subdirector de Carreteras y Tránsito de Carabineros de Chile; el Presidente de la Asociación de Aseguradoras de Chile; el Vicepresidente del ISE y el Fiscal de dicha institución; el Presidente de la Federación Gremial Nacional de Transporte Rural, Interurbano e Internacional, junto a un directivo de dicha entidad; y el Presidente de la Federación Gremial Nacional de Transportes de Chile, conjuntamente con el Secretario de dicha entidad.

1.2.2 **Discusión e indicaciones relevantes**

Durante la tramitación del proyecto de ley, esta Comisión plantea cuestiones de constitucionalidad respecto de los artículos 32, 33 y 34, los cuales regulaban la creación del Fondo Nacional de Indemnización de Accidentes del Tránsito; solicitando a la H. Junta de Gobierno se sometiera a consideración del Tribunal Constitucional las cuestiones planteadas respecto de dichos artículos, debido a que dentro de la propia Comisión se dieron argumentos basados en la Constitución misma y en la historia de su establecimiento sustentando una y otra posición; para que dicho tribunal resolviera, en definitiva, si vulneraban o no las garantías constitucionales consagradas en los numerales 15, 16 y 19 del artículo 19 de nuestra Carta Fundamental.⁴²

Sin embargo, el Tribunal Constitucional no llega a pronunciarse sobre la constitucionalidad de dichos artículos, ya que el Ejecutivo resuelve retirarlos del proyecto con miras a una rápida aprobación del proyecto de ley, dada la urgencia

por dar una solución al problema social que lo motivó desde un principio y dado que el proyecto de ley debía sustituir normas que entrarían en vigencia el 1° de Enero de 1986.⁴³ Se estima, por la autoridad, que la eliminación de las referidas disposiciones no altera de forma relevante el sistema que se intenta implementar; y que, dado que el control de su aplicación por la vía de la vinculación a la renovación de los permisos de circulación asegura una baja evasión del seguro, entonces el funcionamiento de dicho Fondo hubiera sido mínimo. Sin embargo, la eliminación de ese fondo deja un significativo problema social sin solución.

1.2.3 **Informe de la Comisión**⁴⁴

Este Informe hace un completo análisis del proyecto, haciendo revisión de los antecedentes jurídicos y de hecho que motivaron la iniciativa, para dar una mayor comprensión de la misma.

Ahora bien, establece de forma detallada y clara los objetivos del proyecto mismo. Estos son básicamente los mismos que hemos mencionado con anterioridad al referirnos al mensaje y al informe técnico, por lo que nos remitimos a ellos.

Destaca el análisis general del seguro mismo que realiza este informe, y que permite graficar con mayor claridad sus características, pudiéndose desglosar de la siguiente manera:

- a) El Proyecto modifica normas generales sobre seguros, estableciendo un contrato cuya obligatoriedad es de orden público.

⁴² BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. "Historia de la Ley, Ley N°18490", Santiago, vol. 3, Oficio 6583/130/31, del 15 de Noviembre de 1985, del Presidente de la Primera Comisión Legislativa a la H. Junta de Gobierno (Secretaría de Legislación), p.575.

⁴³ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. "Historia de la Ley, Ley N°18490", Santiago, vol. 3, Oficio 13220/694, del 9 de Diciembre de 1985, pág. 644.

⁴⁴ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. "Historia de la Ley, Ley N°18490", Santiago, vol. 3, Oficio 5064, del 30 de Diciembre de 1985, del Secretario de Legislación con que se eleva Oficio 6583/130/43 con Informe de la Comisión Conjunta, p. 660 y siguientes.

- b) Se trata de un seguro que sólo cubre los riesgos de muerte y lesiones corporales de las personas, no así los daños en las cosas.
- c) El pago de las indemnizaciones se hará sin previa investigación de culpabilidad, ya que se fundamenta en una responsabilidad objetiva.
- d) Establece órdenes de beneficiarios diferentes del sistema de seguridad social y de accidentes del trabajo, que recogen seguros de índole social como el que se quiere implantar con este proyecto.
- e) No afecta el derecho de la víctima o beneficiarios para perseguir la responsabilidad civil del causante del accidente.
- f) Los pagos de indemnización se imputan o deducen de los que pudiere estar obligado a hacer el propietario o conductor del vehículo asegurado, en razón de su responsabilidad civil, conforme a las normas del derecho común.
- g) La transferencia o transmisión de la propiedad del vehículo conlleva la cesión automática del seguro, hasta el término de la vigencia de la póliza.
- h) El contrato es intangible, en cuanto rige por todo el plazo de vigencia, no pudiendo resolverse por la falta de pago de las primas ni terminar anticipadamente por decisión unilateral de las partes. Sólo se le puede poner término anticipado por medio de sentencia judicial que así lo declare.
- i) Las pólizas, primas y demás operaciones vinculadas al seguro están exentas de todo impuesto, tasa o gravamen, cualquiera sea su naturaleza.
- j) Se vincula el otorgamiento del permiso de circulación a la contratación del SOAP, estableciéndose como requisito para su obtención o renovación, dependiendo de cada caso.
- k) Se otorga a los asegurados o beneficiarios, en caso de quiebra del asegurado, un privilegio especial para pagarse con preferencia a todo otro crédito, incluidos los de primera clase.

1.2.4 Proyecto de la Comisión, diferencias con el proyecto original

La Comisión Conjunta, luego de un estudio del Mensaje, aprueba la idea de legislar, estructurando un nuevo proyecto compuesto de un Título Preliminar y de tres Títulos a lo largo de cuarenta y cinco artículos. Además, incorpora al proyecto de seguro obligatorio una cobertura de responsabilidad civil por los daños que se causen a vehículos de terceros en accidentes del tránsito.

El nuevo proyecto difiere del original acompañado por el mensaje en los siguientes aspectos:⁴⁵

- 1- Reestructura el texto estableciendo un Título Preliminar que en general, establece las disposiciones comunes tanto al seguro de accidentes personales como al de daños a vehículos; un Título I, referido al seguro de accidentes personales; un Título II, en el que se crea el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros; un Título III, referido a "disposiciones varias", en el que se modifica el seguro de accidentes de locomoción colectiva, la Ley de Tránsito, se establece una norma de vigencia, derogación de otras normas legales, etc.
- 2- Hace obligatoria, también, la contratación de seguros por daños causados a vehículos con ocasión de un accidente del tránsito. (Artículo 1°).
- 3- Exime de la obligación de contratación de este seguro a los vehículos motorizados con matrícula extranjera que ingresen temporal o provisionalmente al país.
- 4- Suprime la obligación subsidiaria de contratar el seguro que recaía sobre el poseedor o mero tenedor del vehículo. Ésta se encontraba en el antiguo artículo 4° del proyecto.

⁴⁵ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. "Historia de la Ley, Ley N° 18490", Santiago, vol. 3, Relación del 31 de Diciembre de 1985, p.746 y siguiente.

- 5- Precisa que el SOAP cubre también a cualquier tercero afectado. (Artículo 24 ex artículo 5°).
- 6- Reserva al ISE la cobertura de accidentes personales del seguro de los vehículos de la locomoción colectiva, facultando a los empresarios de éstos para contratar la cobertura de la responsabilidad civil con compañías de seguros particulares.
- 7- Establece que en caso de discrepancia sobre la naturaleza y gravedad de la incapacidad, esta será resuelta por la comisión de Medicina Preventiva o invalidez correspondiente al domicilio del asegurado. (Artículo 28 ex artículo 11).
- 8- En caso de siniestro el conductor o propietario del vehículo asegurado está obligado a dar el aviso correspondiente a la entidad aseguradora. Asimismo, deben dejar inmediata constancia en la unidad policial más cercana. Además, establece la obligación del conductor o propietario de poner en conocimiento de la compañía aseguradora todos los avisos, citaciones, notificaciones, etc., que reciba en relación con el accidente. (Artículo 8° ex artículo 13).
- 9- Reemplaza, en la norma relativa a los documentos necesarios para exigir el pago de la indemnización, la copia de la constancia policial o parte de Carabineros por un certificado de éstos en el que se consignen los datos del accidente. Asimismo, en caso de incapacidad, se sustituye el certificado del médico interviniente (o del arbitro, en su caso) por un mero certificado que acredite la naturaleza y grado de la incapacidad. (Artículo 30 ex artículo 14).
- 10- Elimina, de entre las causales que liberan al asegurador del pago de la indemnización, la que se refería a aquellos cobros que se hubieren hecho en forma fraudulenta o apoyada en documentos o testimonios falsos. (Artículo 29 ex artículo 15).

11- Agrega, en la norma relativa a los beneficiarios del seguro para el caso de muerte, después de los hijos menores, a los hijos mayores. Además, suprime la exigencia de que los padres y la madre natural, en su caso, acrediten que vivían a expensas de la víctima. (Artículo 31 ex artículo 16).

12- En la norma relativa a la acción directa que tiene el asegurado o la víctima contra el asegurador, se precisa que se refiere a accidentes personales. (Artículo 10 ex artículo 19).

13- Respecto a las normas especiales de prescripción de las acciones para perseguir el pago de la indemnización, se precisa que se refieren solamente a accidentes personales. (Artículo 13 ex artículo 21).

14- Reemplaza la norma relativa a la compatibilidad de seguros por otra que establece que las indemnizaciones y prestaciones de esta ley se pagarán con preferencia a cualquier otra proveniente del sistema de seguridad social (incluso accidentes del Trabajo) y que éstas se pagarán sólo en la parte no cubierta por el seguro de esta ley. (Artículo 33 ex artículo 24).

15- En la norma relativa a que el asegurador puede repetir contra la persona civilmente responsable del accidente, se agrega que, si se hubiere dañado vehículos de terceros, el asegurador puede dirigirse contra el propietario o conductor del vehículo asegurado, para el reembolso solidario de lo pagado. Ello, cuando el accidente sea consecuencia de una infracción gravísima del conductor del vehículo asegurado. (Artículo 16 ex artículo 25).

16- Establece que la transferencia o transmisión de un vehículo asegurado deberá ser comunicada por el asegurado al asegurador. (Artículo 19 ex artículo 29).

17- Propone diversas modificaciones a la Ley de Tránsito (Ley N°18.290). Las más importantes dicen relación con la inclusión de la exigencia del SOAP como requisito para la obtención o renovación del permiso de circulación y del porte del

certificado de este seguro como obligación para circular por las vías públicas; sancionando especialmente el incumplimiento de dicha exigencias e incluyéndola como infracción grave; con la obligación de Carabineros de indicar los diversos antecedentes del seguro en la denuncia correspondiente, en caso de accidente.

18- Propone modificar la ley sobre procedimientos ante los Juzgados de Policía Local (Ley N°18.287), agregando al artículo relativo a los datos del parte de Carabineros que éste deberá, en caso de lesiones leves o daños a vehículos, indicar los datos del certificado de seguro.

19- Dispone que, cuando de un accidente del tránsito resulten lesiones, Carabineros otorgará un certificado con los datos del accidente y no copias del parte. (Artículo 22 ex artículo 38).

20- Establece diversas normas de procedimiento para el caso de quiebra del asegurador. (Artículo 42 ex artículo 39).

21- Otorga vigencia a contar del 31 de Diciembre de 1985, a la disposición que deroga las normas sobre seguro obligatorio contrarias a esta ley. (Artículo 44 ex artículo 40).

22- Señala que el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros regiría a contar del 1° de Enero de 1988. (Artículo 43 ex artículo 41).

23- Agrega diversas disposiciones nuevas, no contenidas en el mensaje, referidas a convenios de indemnización por responsabilidad civil proveniente de daños a vehículos de terceros; a la facultad que se da al Presidente de la República para fijar un texto refundido relativo a las normas sobre seguros obligatorios de vehículos motorizados y de locomoción colectiva, entre otras.

1.3 **TEXTO DEFINITIVO**

Este nuevo proyecto es aprobado por la Junta de Gobierno, remitiéndosele al Ejecutivo para su promulgación como ley, siendo finalmente publicada en el Diario Oficial de 4 de Enero de 1986; con una estructuración diferente a la prevista originalmente por el ejecutivo.

1.3.1 **Título Preliminar**

En este se establecen las disposiciones comunes a ambas clases de seguros. Agrupa todas las normas que dicen relación con la contratación de éstos; la forma de denunciar los siniestros ante las compañías y de exigir el pago de aquellos y, en general, todos los aspectos que se aplican a las dos clases de coberturas

1.3.2 **Título Primero**

Regula el seguro de accidentes personales, el cual permite indemnizar a la víctima o afectado sin entrar a determinar, previamente, la culpabilidad de los autores del daño. Agrupa las disposiciones que se refieren a la cobertura misma, las exclusiones, las incapacidades y la incompatibilidad de este seguro con otros de carácter previsional o social.

En concreto, esta cobertura garantiza a las víctimas una cantidad equivalente a 100 UF en caso de muerte o de incapacidad permanente total; y otra cantidad equivalente a 60 UF en caso de incapacidad permanente parcial o por concepto de gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica.

1.3.3 **Título Segundo**

Trata el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros. La cobertura asciende a una cantidad equivalente a 40 UF, con un deducible de 5 UF. Lo anterior significa que todos los accidentes que produzcan daños inferiores a 5 UF no son indemnizables.

Señala también, las exclusiones de cobertura incorporando normas que no se contemplan en el seguro obligatorio de responsabilidad extracontractual, las cuales dicen relación con daños producidos a vehículos de personas que tengan vínculos de parentesco con el propio asegurado, o a daños producidos a otros vehículos del mismo asegurado.

Por último, este título contempla el procedimiento para dar aviso de los siniestros; además de una norma que establece que, en ningún caso, sin permiso escrito del asegurador, el asegurado podía celebrar convenios o transacciones judiciales o extrajudiciales respecto de los accidentes cubiertos con este seguro.

1.3.4 **Título Tercero**

Este se denomina “Disposiciones Varias”. Contiene, en primer lugar, una norma que sustituye el artículo 19 de la Ley N°16.426, relativo al seguro obligatorio de accidentes de la locomoción colectiva y taxis colectivos del país que tenía a su cargo el ISE; ampliando su cobertura a todas las personas que estén siendo transportadas, incluidos los conductores y auxiliares, y a las que no lo estén (peatones), con la característica de que dicho seguro, en lo que dice relación con la cobertura de responsabilidad civil, puede ser contratado por los empresarios de la locomoción colectiva y de taxis colectivos con otras compañías de seguros.

En segundo lugar, se tratan en este título diversas modificaciones a la Ley de Tránsito, entre las cuales aquella que reemplaza su artículo 45 con el objeto de establecer que ningún vehículo motorizado podrá transitar sin placa única, permiso de circulación otorgado por las Municipalidades y certificado de Seguro Obligatorio de Accidentes personales causados por vehículos motorizados.

Respecto de la vigencia del seguro obligatorio, establece que las disposiciones de esta ley regirán a contar del 1° de Enero de 1986; aplicándose, a partir de esa fecha, a los vehículos que renueven u obtengan por primera vez su

permiso de circulación. Sin embargo, en lo que respecta al Título II que regulaba el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros, se dispuso su entrada en vigencia a partir del 1° de Enero de 1988, posponiéndola una vez más.

2 MODIFICACIONES A LA LEY N°18.490

2.1 PROBLEMAS DE LA LEY 18.490

La promulgación de la Ley N°18.490, que estableció el Seguro de Accidentes causados por la circulación de Vehículos Motorizados, significó dar un gran paso en materia de indemnización de daños a las víctimas de accidentes de tránsito

Como hemos hecho mención anteriormente, el texto definitivo de la ley contempló una doble cobertura. "La primera, referida a daños en las personas, cubre los casos de muerte, incapacidad permanente total o parcial, y los gastos de hospitalización y atención médica, quirúrgica o farmacéutica. esta comenzó a regir a partir del 1° de enero de 1986. la segunda, la cual decía relación con la responsabilidad civil extracontractual del conductor y del propietario del vehículo por daños a vehículos de terceros, comenzaría a regir a contar del 1° de enero de 1988".⁴⁶

Por otra parte, la Ley N°18.490 intenta compatibilizar las coberturas obligatorias que ella establece con aquellas referidas a los vehículos de la locomoción colectiva, instituidas en el artículo 19 de la Ley N°16.426, cuyo texto modifica el que a la fecha de la dictación de la primera se encontraba dado por la ley N°18.396; que a su vez cubría los mismos daños (a las personas) mediante dos

seguros distintos, dejando sin cobertura a los conductores y personal auxiliar de los vehículos de la locomoción colectiva.

Son estos dos aspectos, tanto el problema de la vigencia del seguro de responsabilidad civil extracontractual por daños a vehículos de terceros como la unificación del seguro de la locomoción colectiva con el de los demás vehículos (particulares) que requieran permiso de circulación, los que precisaban algunas modificaciones a la ley antes referida. Esto dio lugar a la dictación de varias leyes modificatorias a la Ley N°18.490, así como a dictámenes y circulares de la SVS que modificaron algunos de sus aspectos operativos.

Además, se observó en la propia ley serios problemas en cuanto a los montos de las indemnizaciones que contemplaba el seguro, como asimismo en cuanto a la extensión de lo que se entendía por gasto médico, quirúrgico o farmacéutico. Lo cual dejaba a las víctimas, en la práctica, sin cobertura en cuanto a la atención médica que recibían en numerosos aspectos.

También, esta ley presentó problemas para las víctimas de los accidentes de tránsito, en cuanto a la acreditación de los hechos del siniestro y a la participación del vehículo asegurado en éstos, es decir, la acreditación de la muerte o lesiones como resultado de un accidente de tránsito en que intervenga precisamente el automóvil con cobertura. Las compañías de seguros mostraban tendencia a negar las indemnizaciones provenientes del SOAP en razón de falta de acreditación de los hechos o de la participación del vehículo o tomando alguna causal de exclusión de cobertura, particularmente la causal cuarta (caso fortuito y causas ajenas a la conducción del artículo 5° de la Ley 18.490).

⁴⁶ CONTARDO, op cit, p.

2.2 MODIFICACIONES PROPIAMENTE TALES

Dadas las falencias a las que hemos anteriormente hecho mención, el legislador se vio en la necesidad de introducir reformas que paliaran tales deficiencias. Revisaremos las principales modificaciones que se introdujeron a la ley N°18.490, tanto por normas legales como por disposiciones de la SVS; todas las cuales conformaron el sistema que actualmente vigente respecto al seguro de accidentes personales.

2.2.1 Ley N° 18.679⁴⁷

Esta ley autorizó el Estado para desarrollar actividades empresariales en materia de seguros y reaseguros, y declaró la extinción del ISE, autorizando, en su lugar, la creación de dos sociedades anónimas que serían las continuadoras legales de dicha entidad en lo concerniente a derechos y obligaciones, cuyos patrimonios serían de propiedad del Fisco en un 1% y de propiedad de CORFO en un 99%; debiendo esta última mantener permanentemente la propiedad de a lo menos el 66% de las acciones que conformen el capital de las mismas.

La referida ley, entre otras modificaciones, introduce en su artículo 11 un nuevo inciso tercero al artículo 25 de la Ley N°18.490, estableciendo que el seguro de accidentes personales de la locomoción colectiva y taxis colectivos del país garantizaría como indemnizaciones a las víctimas una cantidad equivalente a 150 UF en caso de muerte o incapacidad permanente total y otra equivalente a 90 UF en casos de incapacidad permanente parcial o por gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica.

Asimismo, reemplaza el inciso tercero del artículo 19 de la ley N°16.426, estableciendo que el seguro obligatorio de accidentes de la locomoción colectiva y

⁴⁷ DO de 31 de Diciembre de 1987.

taxis colectivos del país podría ser contratado en cualquier entidad aseguradora autorizada para cubrir riesgos comprendidos en el primer grupo de conformidad a lo señalado en el artículo 9 de la ley N°18.490 y por las normas que, para tal efecto, dicte la SVS. Deroga, además, los incisos cuarto y quinto del referido artículo 19 relativos al financiamiento con un uno por ciento del valor de los pasajes y a la venta de estos últimos que realizaba el Banco del Estado de Chile a los empresarios de la locomoción colectiva, pues esta cobertura se convierte así en un seguro privado de contratación forzosa, en base de primas pagadas por los propietarios de los vehículos a compañías de seguros privadas.

Por último, contempla una derogación a partir del 1° de Enero de 1990 del inciso segundo del artículo 9° de la ley N°18.490, referido a la contratación de coberturas de accidentes personales y de responsabilidad civil del seguro de los vehículos de la locomoción colectiva y taxis colectivos; como también del artículo 19 de la ley N°16.426. En consecuencia, desde esa fecha rige solamente la Ley N°18.490 dando cobertura sobre daños en las personas y sobre responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros la cual se aplicaría a todos los vehículos, fueren particulares o de la locomoción colectiva.

2.2.2 **Ley N° 18.681**⁴⁸

En su artículo 54 introduce modificaciones a la ley N° 18.490, sustituyendo el inciso primero del artículo 1° al establecer que el vehículo que no estuviera asegurados por los años causados a otros vehículos con ocasión de un accidente de tránsito, quedaría gravado con prenda sin desplazamiento. Por su parte, y de acuerdo a lo anterior, se agrega un artículo 38 bis dentro del Título II que establecía que los vehículos motorizados que a la fecha de ocurrir un accidente no se

⁴⁸ DO de 31 de Diciembre de 1987.

encontraran asegurados, a lo menos, en la forma dispuesta en dicho título (el cual establecía el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros) quedarían gravados con prenda sin desplazamiento por, el sólo ministerio de la ley, desde el momento del accidente y por el plazo de 90 días, para responder por los daños causados a vehículos de terceros en los mismos casos que lo haría el seguro establecido en el referido título.

Por otra parte, se modifica el inciso primero del artículo 25 de la Ley N°18.490, aumentando la cobertura de daños en las personas, igualándola a aquella establecida en el inciso tercero del mismo artículo; el cual fue introducido por la Ley N°18.679 para las víctimas de accidentes causados por vehículos de la locomoción colectiva. De esta forma se garantiza a las víctimas de daños personales una cantidad equivalente a 150 UF en caso de muerte o de incapacidad permanente total; y se les garantiza otra cantidad equivalente a 90 UF en caso de incapacidad permanente parcial o por concepto de gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica.

Finalmente, se sustituye el artículo 43 de la Ley N°18.490, estableciéndose que el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros, regulado en el Título II, regiría, con carácter obligatorio, desde el 1° de Abril de 1990.

2.2.3 **Ley N° 18.899**⁴⁹

En su artículo 77 introduce modificaciones a los artículos 20 y 43 de la Ley N°18.490. Respecto del primero, establece que las Municipalidades no podrían otorgar permiso de circulación sin que, previamente, se les exhiba el certificado que acredite la contratación del seguro de accidentes personales.

En cuanto al artículo 43, establece que el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros podría ser contratado con el modelo de póliza a que

se refiere el artículo 21, o bien, con cualquier otro que contemple, a lo menos, dicha cobertura y que se encontrara registrado en la SVS.

2.2.4 **Ley N° 19.050**⁵⁰

En su artículo único contempla, finalmente, la derogación del Título II de la Ley N°18.490, que establecía el seguro de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros. Con esto, el seguro obligatorio de los vehículos motorizados, ya sean particulares o de la locomoción colectiva, queda reducido a la cobertura de accidentes personales; es decir, de daños a las personas, siempre que se verifique alguno de los resultados dañosos previstos en el artículo 25 de la Ley N°18490.

2.3 **MODIFICACIONES POR LA SUPERINTENDENCIA**

Las circulares constituyen actos internos de la Administración, los que como tales no tienen eficacia sino al interior a ésta; o sea, sólo tienen fuerza obligatoria dentro de dicho ámbito. Sin embargo, mediando mandato legal expreso que faculte al Servicio de que se trate, estos actos pasan a ser obligatorios para sujetos ajenos a la institución que los dicta.

En el caso del SOAP, dicho mandato legal se encuentra contenido tanto en el artículo 18 como en el artículo 21 de la Ley 18.490, los cuales otorgan facultad a la SVS para dictar normas de carácter reglamentario que regulen aspectos de relevancia en cuanto a la operatividad de los seguros contemplados en dicha ley; para determinar la forma y contenido del certificado de la póliza; para aprobar el modelo de dicha póliza y modificarlo cuando lo estime necesario.

⁴⁹ DO de 30 de Diciembre de 1989.

⁵⁰ DO de 22 de Marzo de 1991.

Como se puede apreciar la regulación de ciertos aspectos del SOAP por medio de circulares de la SVS introduce modificaciones que complementan el sistema creado por la citada Ley N°18.490, las cuales en su mayoría afectan a las compañías que ofrecen dicho seguro obligatorio; solamente afectando a las personas en general en cuanto a los modelos de la póliza y sus modificaciones; en cuanto las especificaciones contenidas en las cláusulas han dado mayor o menor alcance a las prestaciones que dichos seguros contemplan como reparación para las víctimas de accidentes de tránsito.

Las modificaciones introducidas por esta vía han tenido gran relevancia en la práctica, pues ha resultado relativamente útil para mejorar las falencias que ha presentado la ley, especialmente en cuanto a cobertura.⁵¹

2.3.1 **Circular N°651**⁵²

Hace referencia a la situación tributaria del SOAP y está dirigida a todas las entidades de seguros del primer grupo.

Se dicta en respuesta a diversas consultas hechas a la SVS en relación con el alcance de las exenciones tributarias a que se refiere el artículo 23 de la Ley N°18.490, previo pronunciamiento del Servicio de Impuestos Internos (SII) un pronunciamiento al respecto.

Lo que básicamente hace esta circular es reproducir el texto del Oficio N°2662, de 8 de Agosto de 1986, que contiene un dictamen del Director del SII, precisando el sentido y alcance de la norma antes citada. En definitiva, lo que establece dicho dictamen consiste en que las primas del SOAP se encuentran exentas de Impuesto al Valor Agregado; pero que, sin embargo, dicha exención no

⁵¹ Muchos proyectos de ley que reforman la Ley 18490 o la sustituyen se han archivado en la Cámara de Diputados. El actual proyecto patrocinado por el diputado Z. Luksic aún se encuentra en discusión, sin parecer cercana su promulgación como ley de la República.

⁵² Dictada con fecha 15 de Septiembre de 1986.

se extiende en cuanto a la Ley de la Renta, ya que esta "grava los ingresos, beneficios o incrementos de patrimonio y no las operaciones que se realicen por alguna circunstancia con motivo de un contrato de seguro obligatorio."⁵³

2.3.2 **Circular N°652**⁵⁴

Establece normas respecto del seguro obligatorio de accidentes personales establecido en la ley N°18.490 y deroga la Circular N°600, de marzo de 1986, y el Oficio circular N°1043, de abril de 1986.

Las normas respecto del SOAP que establece esta circular se refieren a aquellas relativas a la operación y constitución de reservas técnicas del SOAP establecido en la Ley N°18.490. Dichas normas están dirigidas a las compañías aseguradoras que suscriben pólizas de este seguro obligatorio, por lo que las modificaciones introducidas no tienen mayor relevancia en el problema planteado en este trabajo; salvo en cuanto fija en qué caso se entiende que un siniestro se encuentra liquidado y cuando en proceso de liquidación. Así, señala que se entenderá liquidado el siniestro cuando se hubieren acompañado a la compañía la totalidad de los documentos que correspondan y a los cuales se refiere el artículo 30 de la Ley N°18.490 encontrándose pendiente de pago la indemnización. Se entenderá, asimismo, que el siniestro se encuentra en proceso de liquidación cuando sólo se ha dado el aviso previsto en el artículo 8° de la antes citada ley

2.3.3 **Circular N°659**⁵⁵

Esta circular se refiere a la liquidación de seguros obligatorios de los contemplados en la Ley N°18.490, dirigido particularmente a todas las entidades aseguradoras del primer grupo; en respuesta a consulta hecha al Servicio acerca de

⁵³ SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, Circular N°651.

⁵⁴ Dictada con fecha 29 de Septiembre de 1986.

⁵⁵ Dictada con fecha 21 de Octubre de 1986.

la posibilidad de pagar las indemnizaciones contempladas en el Título I de la citada Ley sin necesidad de que intervenga en forma previa un Liquidador de Siniestro. Así, determina que efectivamente las antes mencionadas entidades aseguradoras no requieren del informe de un liquidador de siniestros para pagar las indemnizaciones que establece la ley, sin perjuicio de que voluntariamente puedan solicitarlo.

2.3.4 **Circular N°666**⁵⁶

Dirigida a todas las entidades de seguros del primer grupo, trata la materia relativa a la información que dichas entidades deben enviar al Registro de Vehículos motorizados, conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley N°18490; reemplazando la Circular N°594, del 20 de Febrero de 1986.

La intención de la SVS al emitir la circular en cuestión es la de "armonizar y hacer más expedito el flujo de información" entre el Servicio de Registro Civil y las compañías que ofrecen el SOAP. En ésta se detallan los antecedentes que deben ser remitidos por las compañías aseguradoras al Registro de Vehículos Motorizados, así como los requisitos de presentación de los mismos, señalando además, la forma como debe ser procesada dicha información.

2.3.5 **Circular N°671**⁵⁷

También orientado a todas las entidades de seguros del primer grupo, imparte instrucciones sobre aspectos que deben tener en consideración en la venta del SOAP; como lo son la emisión del certificado que acredita la contratación del seguro, la distribución de certificados, reglas sobre la venta del SOAP en el caso de tratarse de vehículos nuevos, acerca del seguro de responsabilidad civil por daños a

⁵⁶ Dictada con fecha 26 de Noviembre de 1986.

⁵⁷ Dictada con fecha 19 de Diciembre de 1986.

terceros y normas acerca de la compatibilidad del seguro obligatorio con otros seguros voluntarios.

En referencia al seguro de responsabilidad civil prorroga su entrada en vigencia hasta el 1° de Enero de 1988. Además, dispone que su venta deberá hacerse en forma independiente de la renovación del SOAP de 1987; dado que aún no se aprueba el modelo de póliza correspondiente.

Nos parece importante hacer mención a lo especificado por la circular en cuanto a la compatibilidad del SOAP con otros seguros voluntarios. La propia Ley N°18.490, en su artículo 14, establece que el SOAP consagrado en ella es compatible con cualquier otro seguro de naturaleza voluntaria, tanto para responder por accidentes causados por el mismo vehículo como para responder de los accidentes personales que sufran las víctimas. La circular en cuestión determina los requisitos a los que debe ajustarse aquel seguro adicional al SOAP para ser comercializado por alguna compañía aseguradora. Básicamente estos se refieren a la aprobación del modelo (cláusulas) por la SVS; a la normativa a la que se sujeta en cuanto al otorgamiento de la póliza correspondiente y a su vigencia, en relación con el SOAP.

2.3.6 **Circular N°1147**⁵⁸

Esta circular, que contiene instrucciones sobre el término de vigencia del SOAP para los vehículos nuevos, está dirigida a las compañías de seguros y a los corredores de seguros.

Dichas instrucciones implican en la práctica que la cobertura del seguro en cuestión podría extenderse por más de doce meses, por ejemplo, a 15, 18 o 21 meses según se trate de autos particulares, vehículos de la locomoción colectiva o

⁵⁸ Dictada con fecha 17 de Enero de 1994.

camiones adquiridos en Enero de cualquier año, respectivamente; con ciertas excepciones que la propia circular indica. Lo anterior debido a que se estipula que el término de vigencia de los antes mencionados vehículos nuevos que gestionen por primera vez su permiso de circulación, deberá coincidir, necesariamente, con el término del plazo del permiso de circulación otorgado al vehículo, conforme a las fechas indicadas en esta circular según el tipo de vehículo de que se trate.

2.3.7 Norma de Carácter General N°49

Dictada, el 9 de Septiembre de 1994, por la Superintendencia en uso de las facultades legales de que goza la SVS, particularmente, de lo dispuesto en los artículos 3° letra m) y 57 del DFL N°251, de 1933, establece normas relativas a la contratación directa de seguros por las compañías de seguros o a través de agentes de ventas. Las disposiciones contenidas en este acto rigen para las compañías de seguros del primer y segundo grupo.

El artículo 57 establece que los seguros pueden contratarse en forma directa con la entidad aseguradora, mediante sus agentes de ventas, o por intermedio de corredores de seguros independientes a estas.

Así también, especifica que en caso de las pólizas de SOAP estas pueden ser ofrecidas al público en lugares distintos a la oficina principal de la compañía aseguradora o sus sucursales; como por ejemplo, municipalidades, locales comerciales, etc. Sin embargo, en este evento debe celebrarse, previamente, un convenio; "siendo de responsabilidad de la entidad aseguradora todas las actuaciones y gestiones relativas a dicha comercialización", de lo cual debe dejarse constancia expresa en el convenio antes indicado.

Además, se refiere a la actividad que realizan los agentes de venta, requisitos para desarrollarla, quienes pueden ser agentes, responsabilidad que le cabe a éstos por sus actos, inscripción necesaria, etc.

2.3.8 **Circular N°1459**⁵⁹

Imparte normas sobre el certificado del SOAP, derogando la Circular N°918, de 4 de Enero de 1990. También, está dirigida a todas las entidades aseguradora del primer y segundo grupo, rigiendo y aplicándose a los certificados cuya vigencia se inicie en el año 2000.

Atendido lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley N°18.490, compete a la SVS fijar la forma y contenido del certificado que acredite la contratación del seguro en cuestión. Así, las disposiciones se refieren a aspectos formales de dicho certificado, en cuanto a tamaño, material del que debe hacerse, contenido, sello termocromático de seguridad, al duplicado que debe entregarse a la municipalidad respectiva, etc.⁶⁰

2.3.9 **Circular N°1462**⁶¹

Aprueba el modelo de póliza de SOAP actualmente vigente, derogando las circulares anteriores que lo contenían. Dirigida a las compañías aseguradoras del primer y segundo grupo, simultáneamente, aprueba el modelo de cláusula adicional a utilizar para la contratación del SOAP respecto de remolques, acoplados, casa rodantes o similares.

Sin duda, esta circular constituye la más importante de las circulares comentadas en este trabajo, por cuanto representa la modificación más significativa al sistema del SOAP en el último tiempo en cuatro aspectos fundamentalmente: la

⁵⁹ Dictada con fecha 3 de Diciembre de 1999.

⁶⁰ Hemos podido observar, y será más evidente a lo largo de este trabajo, que uno de los mayores obstáculos para la real y eficaz aplicación del SOAP es precisamente la notable falta de información por parte de los usuarios acerca de la forma como opera el mecanismo de dicho seguro, cuáles son sus beneficios y las acciones que los asisten. Todo lo cual ha redundado en una alta tasa de incobrabilidad del seguro y a fallar en el objetivo primordial de este seguro de carácter social, cual es solucionar la indefensión en que quedan las víctimas de accidentes del tránsito. Es evidente que resulta necesario que se entregue a los tomadores del seguro, no sólo el certificado, sino la póliza misma; a la vez que se hace imprescindible que el Estado asuma un papel más activo en la labor de informar y educar a los destinatarios de este seguro (la población en general); como por ejemplo, publicando la póliza en diarios de circulación nacional.

⁶¹ Dictada con fecha 28 de Diciembre de 1999.

ampliación de lo que comprenden las indemnizaciones debidas, ampliación de la cobertura en cuanto a las personas que protege, simplificación de las obligaciones del asegurado y normas sobre prescripción.

En primer término, permite ampliar la cobertura de las prestaciones que el seguro otorga a las víctimas de accidentes de tránsito al precisar el concepto de "gasto médico", ampliando el alcance de lo que hasta el momento se entendía comprendían dichos gastos.

El concepto de "gastos médicos" no es tratado específicamente por la Ley N°18.490 como tal; ésta sólo se refiere, en su artículo 25, a "gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica". Por lo anterior, esta circular adquiere un considerable valor práctico al señalar, en su artículo 2°, que es lo que comprenden dichos "gastos médicos". Sin elaborar, realmente, un concepto de gastos médicos entrega elementos para determinarlos, resolviendo las discrepancias sobre la materia al incluir específicamente "gastos" que no eran considerados como parte de las indemnizaciones debidas. Así, estos comprenden "la atención prehospitalaria y el transporte sanitario, la hospitalización, la atención médica y quirúrgica, los gastos farmacéuticos y los gastos por conceptos de rehabilitación de las víctimas."⁶²

Especifica, de igual forma, el monto a que ascenderá la prestación por concepto de día de cama, traslados, gastos farmacéuticos, atención dental; e intervenciones quirúrgicas y prótesis grupos 11 al 21 y 23 del Arancel de Modalidad Libre elección FONASA. Respecto de la atención dental debemos destacar que previo a la dictación de esta circular no se entendía o más bien se discutía que la atención dental estuviera comprendida dentro de las prestaciones que se debían a las víctimas de accidentes de tránsito. Así, su inclusión dentro del

modelo de la póliza viene a enmendar una de las falencias de la Ley N°18.490 y a solucionar uno de los problemas que en la puesta en práctica de esta cobertura se pudieron apreciar .

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, también este modelo de póliza del SOAP significa un avance para los usuarios particularmente en lo referido a ortopedia y traumatología, prótesis, neurología y neurocirugía, ya que en estos aspectos amplía la cobertura respecto de póliza anterior.

Referido también a los gastos médicos, cabe destacar que, respondiendo a demandas hechas por agrupaciones de accidentados del tránsito, el modelo de la póliza incluye como parte de las prestaciones “todos aquellos insumos que no estén señalados en el arancel modalidad libre elección de fonasa, tales como yesos u otros, y que se requieran para la atención de las afecciones amparadas en el presente seguro”; las cuales serán pagadas conforme a lo que la misma póliza establece para los gastos farmacéuticos (precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos).⁶³

En otro aspecto, esta circular introduce ciertas alteraciones respecto de la ley en cuestión al regular las obligaciones del asegurado. Éstas, sin ser alteradas en su esencia, son 'simplificadas' en sólo tres obligaciones: En primer lugar, el asegurado está obligado a emplear, tanto él como el conductor del vehículo la debida diligencia y cuidado para prevenir la ocurrencia de siniestros e impedir que el vehículo asegurado sea manejado por una persona que no posea licencia o autorización competente para conducirlo. En segundo término, se obliga él o el conductor a, en caso de siniestro, dejar inmediata constancia de todo accidente en que intervenga el vehículo asegurado, en la unidad policial más cercana;

⁶² CIRCULAR N°1462. Art. 2°.

⁶³ Ibid.

exhibiendo el certificado de seguro correspondiente, salvo en caso de imposibilidad física debidamente justificada. Por último, tanto el asegurado como el conductor están obligados a poner en conocimiento, oportunamente, al asegurador la ocurrencia de un accidente en que hubiera participado el vehículo asegurado o un hecho que pueda dar origen a alguna responsabilidad del asegurador.

En tercer término podemos señalar que uno de los objetivos primordiales de la Ley N°18.490 fue solucionar la desprotección en que quedaban las personas que sufrían accidentes de tránsito; y una de los principales problemas que presentaban las legislaciones previas sobre esta materia era su cobertura limitada en cuanto a las personas que abarcaba como beneficiarios de los respectivos seguros.

La Ley N°18.490 pasó a remediar lo anterior al señalar en su artículo 24 que el SOAP cubriría tanto “al conductor como a las personas que estén siendo transportadas por él y cualesquier tercero afectado”. En este sentido, el artículo 1° del modelo de póliza del referido seguro constituye un valioso aporte al precisar, zanjando cualquier duda o imprecisión dejada por el legislador el alcance de lo que se entiende por “tercero afectado” en este caso. En su inciso segundo señala que el SOAP cubre los riesgos de muerte y lesiones corporales “que sean consecuencia directa de accidentes sufridos por personas en los cuales intervenga el vehículo asegurado”. En consecuencia, determina que quedan amparados por dicho seguro tanto el conductor del vehículo asegurado, como las personas que estén siendo transportadas en él y cualquier tercero lesionado a consecuencia del accidente; considerándose para efectos de ésta póliza, “igualmente como terceros afectados, las personas que son transportadas en un vehículo que debiendo haberlo contratado, no cuenta con seguro vigente y que hubiere intervenido en un accidente con algún vehículo asegurado, con excepción del conductor y del propietario del mismo”.

De esta forma, salva uno de los principales problemas sociales que la Ley N°18.490 había dejado sin solución, cual era la desprotección en que quedaban las víctimas de accidentes en que participaran vehículos no asegurados.

Cabe recordar que el Fondo Nacional de Indemnización de Accidentes del Tránsito, eliminado del proyecto de ley, tenía como uno de sus objetivos hacerse cargo de las prestaciones que debieran otorgarse por concepto de indemnización a los accidentados en aquellos casos en los que el vehículo responsable no estuviese asegurado.

Finalmente, el nuevo modelo de la póliza introduce modificaciones en lo que a normas de prescripción se refiere. En primer lugar, en su artículo 11, a diferencia de lo que dispone la Ley de materia, distingue la forma como se contabiliza el plazo de prescripción según se trate de indemnizaciones por concepto de incapacidad permanente o de otro tipo. En aquel el plazo se empieza a contar, no ya desde la fecha del accidente, sino desde la fecha de la emisión del certificado médico que expida el médico tratante, “el cual no podrá presentarse luego de transcurridos dos años desde la fecha del accidente.” En los demás casos se mantiene la regla general contenida en la Ley 18.490.

En segundo lugar, el artículo 11 de la póliza dispone la interrupción natural de la prescripción con la recepción de los antecedentes justificativos de pago de cualquiera de las indemnizaciones previstas por el SOAP por parte del asegurador, aún cuando sea omitida, en la presentación, alguno de los antecedentes que se requieren conforme a lo dispuesto en los artículos 6°, 7° y 8°.

CAPÍTULO III

EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES

1 DEFINICIÓN

El seguro obligatorio de accidentes personales, es un seguro que deben contratar todos los propietarios de vehículos motorizados, personalmente o por intermedio de un tercero, y que se define como un contrato, en virtud del cual el asegurador se obliga a indemnizar, hasta un límite de responsabilidad preestablecido en la ley, los resultados de muerte o de lesiones corporales que sufra toda persona como consecuencia de accidentes de tránsito en que intervenga el vehículo asegurado con esta cobertura a cambio de una prima pagada por el propietario del mismo o por cualquier persona a su nombre.

En cuanto seguro goza de todas y cada una de las características de dichos contratos poseyendo además características especiales en función del fin social con que fue creado.

2 OBJETIVO

El objetivo que tuvo a la vista el legislador al momento de crear este sistema fue proteger a las personas víctimas de accidentes de tránsito provocados por la circulación de vehículos, actividad de suyo peligrosa obligando a los propietarios

de estos objetos a contratar forzosamente este tipo de seguros por la responsabilidad que les cabe por la posesión y puesta en marcha de objetos de alto riesgo. Así esta ley busca cubrir los accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados, en forma independiente de la responsabilidad personal que le pudiera caber en el hecho, configurándose de este modo toda una normativa en torno a los accidentes de tránsito en cuanto constituyen el riesgo cubierto por el seguro obligatorio de accidentes personales.

Para poder comprender que es lo cubierto por este tipo de seguro es necesario establecer qué se entiende por 'accidente personal', cuestión delimitada en el artículo 24 de la Ley N°18.490, que nos señala que lo cubierto es el riesgo de muerte o lesiones que sufran las personas como consecuencia de accidentes en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas, ya sean las personas afectadas el conductor, tripulante de éste o tercero afectado (como es el caso de peatones y ciclistas).

El riesgo determinado de esta forma hace clara distinción entre los accidentes personales y los daños materiales sufridos por vehículos asegurados a consecuencia del siniestro, que no son un riesgo cubierto por la póliza, pues sólo cubre los daños en las personas producidos directamente por la ocurrencia de un hecho en que participe un vehículo.

Este seguro, que por su finalidad puede definirse como un seguro social, es compatible con otro tipo de seguros sociales y voluntarios que funcionan complementariamente suministrando los fondos necesarios para pagar el saldo insoluto de las prestaciones, como expresamente lo indica la normativa que regula esta materia en el artículo 14 de la Ley N°18.490.

Entonces, El espíritu de la ley es que todo vehículo motorizado, salvo los expresamente exceptuados, que para transitar por las vías públicas del territorio nacional deba contar con un permiso de circulación tiene que tomar este seguro; estableciendo, para la efectividad y materialización de este objetivo, la necesidad de acreditar su contratación como uno de los requisitos esenciales para la obtención de permisos de circulación, sean éstos definitivos o provisionales. Este mecanismo contenido en el artículo 20 de la ley, permite que lo pretendido por el legislador se lleve a cabo, logrando proteger, sin distinción, preferencia o privilegio de ningún tipo, a las personas que se vean afectadas por un accidente de tránsito, pues esta cobertura recae sobre el vehículo y no sobre las personas.

3 CARACTERÍSTICAS

Como todo contrato de seguro goza de las características generales de este tipo de contrato, tales como ser este un contrato bilateral, solemne, conmutativo y oneroso, principal, nominado, puro y simple, de adhesión, de personas, privado, a base primas y terrestre; así como también de características especiales determinadas por el fin social que inspiró al legislador al momento de su creación, cuales son su obligatoriedad, ser éste forzoso, de adhesión, dirigido y tener las normas que lo regulan la característica de ser de orden público.

A continuación pasaremos a detallar cada una de sus características analizando con mayor detención aquellas que específicas y peculiares de SOAP.

3.1 ES UN CONTRATO BILATERAL.

Por ello genera efectos para ambas partes obligándose, cada una, recíprocamente. La compañía aseguradora contrae dos obligaciones, una, es la asunción del riesgo de lesiones o muerte, otra, es la obligación de pagar la indemnización en caso de producirse el siniestro. El tomador tiene como principal obligación pagar la prima.

3.2 ES UN CONTRATO SOLEMNE.

Sólo se perfecciona a través de un instrumento escrito, que en este caso se materializa a través de una póliza cuyo contenido y forma se encuentra regulada por la Superintendencia de Valores y Seguros a través de la Circular N°1462, analizada en el capítulo anterior.

3.3 ES UN CONTRATO CONMUTATIVO Y ONEROSO.

Es conmutativo porque las obligaciones entre las partes se estiman como recíprocas y es oneroso porque ambas partes se obligan una en beneficio de la otra. Hoy en día la doctrina opina unánimemente que, pese a lo expresado en el artículo 512 del Código de Comercio, éste no es un contrato aleatorio; pues el asegurador, quien en teoría debería soportar este alea se encuentra constituido por las compañías de seguros, sociedades a quienes les está entregada exclusivamente el comercio de los seguros, empresas que se basan “en fundamentos muy precisos para asumir el riesgo y pagar las indemnizaciones”⁶⁴ basándose en estadísticas, la teoría de los grandes números y utilizando los reaseguros de manera que este negocio les proporciona enormes ganancias. Así como también, por ley están

obligadas a invertir los dineros que reciben por concepto de primas en determinados instrumentos que garanticen la seguridad y rentabilidad de sus inversiones en orden a que éstas mantengan tanto su capital inicial como reservas técnicas de acuerdo a las exigencias de la ley y de la Superintendencia.

3.4 ES UN CONTRATO PRINCIPAL.

Éste no necesita de otro contrato para poder existir, si bien se encuentra muy relacionado con otras actividades de la vida económica y social.

3.5 ES UN CONTRATO PURO Y SIMPLE.

No es efectivo que sea condicional, como lo señala el artículo 512 del Código de Comercio, pues las obligaciones de las partes nacen desde el momento que se celebra el contrato siendo solamente condicional la obligación de la compañía de indemnizar.

3.6 ES UN CONTRATO PRIVADO.

Pese a la obligatoriedad de tomar este seguro para toda persona que posea un vehículo motorizado, las relaciones que rigen, por un lado, a las partes del contrato, compañía y tomador, y, por otro, las que regulan a víctimas con aseguradoras y asegurados, son de derecho privado.

3.7 ES UN CONTRATO DE SEGURO TERRESTRE.

Pues es en la tierra donde pueden producirse los riesgos cubiertos por este seguro. Los vehículos motorizados por su naturaleza están destinados a ser

⁶⁴ ESPINOZA CASTILLO, Sergio. “Derecho de los Seguros”, Depto. de Derecho Comercial Universidad de Chile,

desplazados por tierra, sin perjuicio de que, por ejemplo, producto de un accidente de tránsito un vehículo se precipite al mar pereciendo sus pasajeros ahogados finalmente.

3.8 ES UN CONTRATO DE SEGURO A BASE DE PRIMAS.

Las prima es el precio que paga el tomador para que la Compañía aseguradora asuma el o los riesgos acordados por el tiempo predeterminado por las partes. Esto no es otra cosa que la aplicación de lo prescrito por el artículo 5° del DFL N°251, en orden a que en Chile sólo se puede asegurar en base a primas y no de cuotas.

3.9 ES UN CONTRATO DE SEGURO DE PERSONAS.

El DFL 251 del Ministerio de Hacienda, en su artículo 8°, señala que las Compañías Aseguradoras se dividen en dos grupos, las del primer grupo cuyo objeto es cubrir los riesgos de pérdidas o deterioros en las cosas o el patrimonio y las del segundo grupo que cubren los riesgos de las personas o que las garantizan dentro o al término de un plazo, capital, una póliza saldada o una renta para el asegurado o sus beneficiarios. De esta distinción es que la doctrina ha diferenciado entre los seguros de daños y los seguros de personas.

"Los seguros de personas cubren riesgos relativos a la existencia, integridad física, salud o capacidad de trabajo de las personas"⁶⁵ y determinan el pago de capitales, rentas, gastos o la prestación de servicios en especie.

Imprenta Lex, Santiago, 1991, p. 6

⁶⁵ SANDOVAL LÓPEZ, Ricardo. "Manual de Derecho Comercial", Tomo II, 3ª Edición, Santiago, Jurídica. De Chile, 1990, p.146

Son, precisamente, estos riesgos aquellos cubiertos por el SOAP, de acuerdo a lo señalado en el artículo 24 de la Ley 18.490: "muerte y lesiones corporales que sufran las personas como consecuencia de accidentes en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas".

3.10 ES UN CONTRATO DE ADHESIÓN.

Los contratos de seguros caben dentro de esta categoría de contratos, en cuanto las partes no se encuentra en una situación de equilibrio que les permita discutir en igualdad de condiciones el contenido de las cláusulas del contrato, por medio de las cuales se expresa el contenido del mismo, no son de libre discusión siendo impuestas para el asegurado. En otras palabras, las cláusulas no son resultado del ajuste o composición de intereses contrapuestos que se produce durante las negociaciones preliminares sino que ellas son dictadas o redactadas por una sola de las partes, limitándose la otra a aceptarlas en bloque, determinado por el desequilibrio del poder negociador de los contratantes.

En el caso del SOAP, si bien se mantiene esta característica, pues no se produce la fase preliminar de la negociación en que las cláusulas van tomando forma producto del ajuste de los intereses de las partes, se ve atenuado ya que el legislador para remediar esta desigualdad optó por intervenir, "reglamentando *imperativamente* las cláusulas más relevantes de estos contratos, cautelando así los intereses de los más débiles".⁶⁶

⁶⁶ LÓPEZ SANTA MARÍA, Jorge. "Los Contratos. Parte General", Santiago, Jurídica de Chile, 1988, p. 115.

3.11 ES UN CONTRATO DIRIGIDO.

Por la característica señalada anteriormente, esto es, la desigualdad en que se encuentran las partes, que afecta el principio de la libertad contractual, es que el legislador se ha visto en la necesidad de intervenir normando y regulando el contenido de este contrato mediante normas de orden público, restringiendo la libertad tan sólo a elegir entre las Compañías de Seguros existentes en el mercado nacional con quien contratar y el monto de la prima pactada.

Lo propio de los contratos dirigidos, es que la reglamentación legal, que en la mayoría de los contratos es supletoria de la voluntad de las partes, tiene un carácter imperativo sin que las partes puedan alterar, en el contrato particular, lo estatuido de manera general y anticipada por el legislador; que en el seguro de accidentes personales que nos ocupa se traduce en la determinación acuciosa del contenido del contrato.

3.12 LAS NORMAS QUE LO REGULAN SON DE ORDEN PÚBLICO

Si bien es cierto el legislador optó por un sistema en que los propietarios deben contratar con las compañías aseguradoras, sociedades anónimas, que operan en el mercado nacional, siendo por ello una actividad entre privados, las normas que regulan este seguro, por la importancia social que inspira al legislador tienen el carácter de orden público y por tanto son irrenunciables para las partes, siendo sancionada su inobservancia no con la nulidad de la convención sino con la sustitución de aquello que infringe lo prescrito en la ley u otra sanción distinta de la nulidad en orden a proteger al asegurado , que es la parte más débil y quien se vería más afectado si el seguro dejara de existir al quedar desprotegido del riesgo.

Sin perjuicio de lo señalado, opinamos que, respetadas las normas de orden público que regulan el SOAP, constituidas como mínimos legales, las partes pueden agregar las cláusulas que estimen convenientes. Para ello aplicamos el aforsimo jurídico que nos señala que ahí donde existe la misma razón debe existir la misma disposición. En efecto, en nuestro ordenamiento otro contrato cuyas normas son de orden público en razón de la desigualdad de las partes es el contrato de trabajo, en términos que el legislador ha dictado normas que determinan el contenido del contrato, normas estructuradas como mínimos irrenunciables para la parte más débil, permitiendo que sobre estos mínimos las partes puedan libremente fijar el contenido específico de la convención.

3.13 ES UN CONTRATO OBLIGATORIO.

Su obligatoriedad, es decir, la imposición que impele al cumplimiento del deber de contratar este tipo de seguro está constituido como un elemento de la esencia del contrato del SOAP y configurada en dos artículos que establecen en forma expresa este carácter, a saber:

El artículo 1° de la Ley 18.490 prescribe que “todo vehículo motorizado que para transitar por las vías públicas del territorio nacional requiera de un permiso de circulación, deberá estar asegurado contra el riesgo de accidentes personales a que se refiere esta ley”. La expresión “deberá” utilizada por el legislador en este precepto señala, sin lugar a dudas, el imperativo de la contratación de este seguro como pre requisito para la obtención del permiso de circulación. Por su parte, el artículo 4° de la Ley citada determina quién es la persona que debe cumplir esta obligación indicando que “la obligación de contratar el seguro recaerá sobre el

propietario del vehículo. Tratándose de remolques, acoplados, casas rodantes o similares, la obligación de contratar el seguro adicional recae sobre el propietario del vehículo tractor”.

La ley se basa en una obligación anterior, cual es la necesidad de obtener el permiso de circulación para poder transitar por las vías públicas de nuestro país, materializando la obligatoriedad de este seguro en cuanto es un prerequisite para obtener dicho permiso. Las Municipalidades, entes emisores de estos permisos, no pueden otorgar permisos provisorios ni definitivos sin la previa acreditación, mediante el respectivo certificado, de haberse contratado el correspondiente seguro de accidentes personales del vehículo respecto del cual se requiere la obtención del permiso.

Sobre quien pesa la obligación de tomar este seguro es el propietario del vehículo, estableciendo, para estos efectos, en el inciso segundo del artículo 4°, que “se presumirá que tiene carácter de propietario la persona a cuyo nombre aparezca inscrito el vehículo en el registro correspondiente” y que “se considerará como al propietario del vehículo o persona que lo hubiere contratado y a quienes durante la vigencia del seguro se les haya transferido o transmitido la propiedad del mismo vehículo”.

Asimismo, sanciona el incumplimiento de la obligación de contratarlo mediante el retiro de circulación del vehículo y una multa al conductor y si el vehículo desprovisto de seguro interviene en un accidente de tránsito se aplican las sanciones señaladas anteriormente con el agravante de que las víctimas carecen de indemnización correspondiente a este SOAP, teniendo que iniciar las acciones civiles y penales para poder perseguir la reparación del daño teniendo que acreditar culpa o dolo, la relación de causalidad entre la acción y el daño y la imputabilidad;

cuestiones todas que se hubieran evitado si el vehículo hubiera estado cubierto por el SOAP.

3.14 ES UN CONTRATO FORZOSO.

De lo anteriormente expuesto se deriva esta característica. Cabe recordar que, según la doctrina, se distingue y clasifica estos contratos en ortodoxos y heterodoxos, dentro de esta subclasificación podemos decir que el SOAP es un contrato forzoso ortodoxo, pues se distinguen claramente dos fases: En primer lugar, existe un mandato del legislador en orden a la necesidad de contratar este seguro y, en segundo lugar, el acto por el cual las partes lo celebran.

Si bien el legislador obliga a todo propietario de un vehículo motorizado a tomar este seguro, éste tiene la libertad para elegir con cuál de las compañías autorizadas en el país contratar, ello según lo señalado en el artículo 9° de la ley en análisis en concordancia con lo prescrito en los artículos 8° y 11 del DFL 251, del Ministerio de Hacienda de 1931; así como también, existe libertad para la fijación de las primas de este seguro.

4 NATURALEZA JURÍDICA

Analizadas ya sus características, y especialmente por ser este un contrato forzoso, obligatorio y dirigido, que menguan y atentan contra los principios de la autonomía de la voluntad y de la libertad contractual, inspiradores de los contratos como fuente de obligaciones y derechos. Cabe preguntarse si éste es un contrato o

no, aún cuando tanto en nuestro Código de Comercio como en la Ley 18.490 se le defina como un contrato.

Esta duda nace por la circunstancia que la voluntad ve fuertemente disminuida su autonomía en cuanto a la posibilidad de negociar el contenido del mismo, elemento propio de los contratos

El profesor López Santa María, basándose en la distinción entre el contrato como acto de constitución de la relación jurídica y el contrato como relación jurídica ya constituida, expresa que la voz "contractus", etimológicamente designa lo contraído, o sea, la relación jurídica y que la esencia del contrato en el derecho romano clásico es la relación jurídica constituida y no el acto generador de la relación y que sólo a partir del siglo XVII, bajo el influjo de la escuela racionalista del derecho natural, el contrato pasa a ser concebido como un acuerdo o consenso de voluntades. Señala que el contrato es tanto el acto de constitución cuanto la relación constituida, teniendo que distinguir estas etapas y que, si bien, normalmente existe una relación causal entre ambas es un error pretender que el acto de constitución sólo pueda consistir en un acuerdo de voluntades.

En el SOAP el ordenamiento impone la relación jurídica desde el momento que los individuos observan una conducta voluntaria, cual es que para obtener el permiso de circulación de sus vehículos deben contar con este seguro, pero aún cuando la contratación de este seguro se imponga como un imperativo, el sujeto decide con quien contratar y, creemos, que respetadas las normas que regulan este contrato podrían estipular las normas complementarias que les convengan.

En la normativa del seguro obligatorio de accidentes personales, al igual que en lo regulado por el DL N°600, del 13 de Julio de 1974, que fija el Estatuto de la Inversión Extranjera en Chile, el legislador ha optado por el mecanismo de la

obligación contractual al de la obligación puramente legal, “por las ventajas prácticas que resultan de la flexibilidad que posee el contrato y no la ley, como, asimismo, por razones psicológicas: en la gran mayoría de los casos, los deudores de obligaciones contractuales las cumplen oportunamente, lo que no ocurre con las obligaciones legales”.⁶⁷

Además, la relación jurídica que emana directamente de la ley carece de precisión tanto respecto de las partes (especialmente del acreedor) como de su objeto, la ley sólo puede colocar reglas generales que es menester revisar periódicamente, en cambio el contrato goza de las especificaciones que cada caso particular requiere. Finalmente, las reglas técnicas del contrato tales como: los mecanismos de responsabilidad por incumplimiento, los principios de la fuerza obligatoria y que el contrato es ley para las partes (elevando a ese carácter la voluntad de las partes plasmada en el contrato), del efecto relativo, las reglas sobre interpretación contractual, proporcionan herramientas útiles y efectivas para la realización efectiva del derecho.

5 PARTES

En la celebración del contrato intervienen dos partes, el asegurador y el tomador, que puede confundirse con el asegurado.

5.1 EL ASEGURADOR.

⁶⁷ Ibid, p. 136

5.1.1 **Definición, análisis y características**

De acuerdo a lo que se desprende del Código de Comercio, en su artículo 513, se puede definir al asegurador como aquella persona que toma de su cuenta uno o más riesgos determinados a cambio de una retribución o precio llamado prima.

Nuestro ordenamiento jurídico establece requisitos especiales y características específicas que deben reunir las personas que deseen desarrollar el comercio de los seguros en nuestro país. En efecto, nuestra legislación reserva este negocio exclusivamente a personas jurídicas, dejando sin aplicación el artículo 512 del Código de Comercio en aquella parte que señala que este negocio podría desarrollarse por personas naturales o jurídicas; más aún, dentro de las personas jurídicas restringe el desarrollo de esta actividad sólo a sociedades anónimas, quedando prohibida esta actividad para el resto de las personas jurídicas, señalando, además como requisitos adicionales, que éstas deben ser sociedades anónimas nacionales que tengan por objeto exclusivo el desarrollo de dicho giro y actividades que sean afines o complementarias con éste (como establece el artículo 4° del DFL 251 modificado en este aspecto por la Ley 18.660 del año 1987) cuyo capital al momento de constituirse debe ser de 45.000 UF que debe estar suscrito y pagado para que se autorice su existencia.

Sin embargo, permite que las mutualidades de seguros existentes a la fecha de la dictación de la ley sigan funcionando siempre y cuando cuenten con autorización del poder ejecutivo, quienes quedan sujetas a un régimen especial contemplado en el artículo 7° de la Ley 18.660.

La razón de estas restricciones reside en que el legislador comprende la importancia y relevancia que esta actividad tiene en la economía del país, en cuanto “el seguro constituye un respaldo de la integridad de los patrimonios que conforman la economía nacional”⁶⁸ que, en definitiva, se traduce en un fuerte control del Estado sobre las compañías de seguros con miras a proteger los intereses de los asegurados, la solvencia de las compañías y el prestigio de la institución aseguradora en general.

El SOAP, en esta materia, no altera la regla general. El artículo 9° de la Ley 18.490 dispone que este seguro “se podrá contratar en cualquiera de las entidades aseguradoras autorizadas para cubrir riesgos comprendidos en el primer grupo de acuerdo con el artículo 8° del decreto con fuerza de ley 251, de hacienda, de 1931”.

El artículo 8°, a que se hace mención, divide las compañías de seguros en dos grupos, siendo del primer grupo aquellas que aseguran los riesgos de pérdida o deterioro en las cosas o el patrimonio, y, del segundo grupo, las que cubran los riesgos de las personas, dentro o al término de un plazo, un capital, una póliza saldada o una renta para el asegurado o sus beneficiarios. Por su parte, el artículo 11° del DFL 251, prohíbe a las compañías aseguradoras cubrir riesgos comprendidos en ambos grupos, con la sola excepción de los riesgos de accidentes personales y los de salud, que, según su inciso 2°, pueden ser cubiertos por aseguradoras de uno u otro grupo.

Por lo prescrito en este DFL no parece tener razón de ser lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 18.490 que permite la contratación del SOAP con entidades

⁶⁸ BAEZA PINTO, Op. cit., p. 50.

aseguradoras del primer grupo, pues ya estaría autorizada en la norma general del comercio de seguros.

Al respecto, debemos aclarar que la redacción actual tanto del artículo 8° como del artículo 11° del DFL 251 se debe a la reforma introducida por la Ley 18.660, publicada en el Diario Oficial el 20 de Octubre de 1987, es decir, dictada con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 18.490 que regula el seguro obligatorio de accidentes personales. Antes de esta reforma, el artículo 8° del DFL 251 dividía a las compañías de seguros en dos grupos, el primer grupo estaba constituido por aquellas que cubrían riesgos de incendio, marítimos, de transportes terrestres y demás que aseguraban la reparación de los daños causados por acontecimientos que podrían ocurrir o no; el segundo grupo, reunía a las compañías que cubrían el riesgo de vida u otros que aseguraban al tenedor de la póliza, dentro o al término de un plazo, capital, póliza saldada o una renta para sí o su beneficiario. Por su parte, el artículo 11° del DFL en comento, si bien contemplaba la misma prohibición, no contemplaba ninguna excepción, como hoy en día, gracias a la reforma introducida, sí la contempla para los seguros de accidentes personales y a los de salud.

Tomando en cuenta la redacción que tenían los artículos 8° y 11° del DFL 251 antes de la reforma y la circunstancia de que la Ley 18.490, al dictarse contenía, además, una cobertura de responsabilidad civil por daños a vehículos de terceros, el legislador optó por facultar expresamente a las compañías del primer grupo la contratación del SOAP.

Como en la actualidad el único riesgo que en el SOAP asume el asegurador es el daño que puedan sufrir las personas, encuadrándose como un seguro de personas, debe interpretarse que esta cobertura obligatoria puede contratarse con

aseguradoras de cualquiera de los dos grupos, tanto cuanto las compañías naturalmente destinadas para cubrir los riesgos de las personas, que son las del segundo grupo, cuanto las del primer grupo, a quienes expresamente el artículo 9° de la Ley 18.490 autoriza.

Sin embargo, la redacción actual del artículo 9° de la Ley 18.490 podría prestarse para equívocos, pues es una norma especial que rige para los seguros obligatorios de accidentes personales que, por ello, podría pensarse debería aplicarse por sobre lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 11° del DFL 251, que establece la excepción a la prohibición de que las compañías puedan cubrir riesgos comprendidos en ambos grupos y que, por tanto, sólo se podría tomar este seguro con compañías del primer grupo.

Esta discusión ha sido zanjada por la Superintendencia de Valores y Seguros, quien manifestó, por vía de interpretación administrativa, que el SOAP puede ser contratado por compañías de uno u otro grupo señalando que la expresión “se podrá contratar” contenida en el artículo 9° de la Ley 18.490 indica una facultad y no un imperativo para contratar este seguro en las compañías del primer grupo; que además, describe una cobertura propia de las compañías del segundo grupo en caso de muerte del asegurado, que al tenor del artículo 572 del Código de Comercio puede ser considerado también como un seguro de vida.

5.1.2 **Regulación**

Por la extensa y especial regulación que rige a las sociedades que ejercen el comercio de los seguros es necesario detenerse brevemente en este punto, cuestión que a continuación desarrollaremos.

- Organismo Contralor.

De acuerdo a las normas del DFL 251, de año 1931, y del DL 3538, del año 1980, la superior fiscalización de las empresas dedicadas al comercio de asegurar y reasegurar corresponde a la Superintendencia de Valores y Seguros.

Este es un organismo público organizado como institución autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el gobierno a través del Ministerio de Hacienda, que tiene a su cargo la fiscalización de las sociedades anónimas abiertas, las bolsas de valores y las compañías de seguros. Esta Superintendencia se encuentra dividida en dos intendencias, una de valores y otra de seguros.

Su estructura interna y atribuciones están contenidas en su ley orgánica, que es el DL 3538, del año 1980.

En materia de seguros sus atribuciones especiales, determinadas en el artículo 3° del DFL 251, son:

- 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 reaseguros.
- b.- Fiscalizar las operaciones de las compañías de seguros, pudiendo al efecto revisar e imponerse de todos los documentos que estime necesarios e impartir las órdenes e instrucciones que fueren menester, incluyendo la facultad de distar normas generales para efectos de valorizar sus inversiones.
- c.- Convocar al directorio y a las juntas de accionistas de las compañías cuando el ejercicio de sus facultades de fiscalización así lo requiera; suspender las juntas de accionistas en casos de defectos de convocatoria y anular sus acuerdos por la misma causa.

- d.- Asumir la administración de las compañías cuando hubiera ella misma decretado la suspensión de su administración ordinaria en casos de transgresiones a las leyes, reglamentos o estatutos.
- e.- Mantener un registro público de los modelos de póliza que las Compañías pueden utilizar.
- f.- Comprobar la exactitud de las reservas técnicas que deben constituir las Compañías de acuerdo a normas de carácter general que dicte la Superintendencia, como asimismo de los balances y otros estados financieros.
- g.- Mantener un registro de los auxiliares del comercio de seguros, en el cual deben inscribirse las personas que deseen desarrollar las actividades de corredor de seguros y de liquidador de siniestros.
- h.- Resolver, en casos a su juicio calificados, en el carácter de arbitro arbitrador sin ulterior recurso, las dificultades que se susciten entre compañías de seguros, entre éstas y sus intermediarios o entre éstas y el asegurado, siempre que los interesados de común acuerdo así lo soliciten.
- i.- Intervenir en los procesos de incendio, querellándose, haciéndose parte en tales procesos u ordenando a las compañías afectadas que así lo hagan.
- j.- Establecer, mediante normas de carácter general, disposiciones sobre la información que las compañías deben proporcionar al público sobre el calce de activos y pasivos, en lo referente al plazo, reajustabilidad y tipo de moneda.
- k.- Formar y publicar anualmente la estadística de todas las operaciones de seguro y reaseguro; corredores, liquidadores de siniestros y operaciones de las entidades aseguradores y reaseguradoras.
- l.- Establecer, mediante normas de carácter general, las exigencias técnicas y patrimoniales que deben cumplir tanto los intermediarios de seguros como los

liquidadores de siniestros; pudiendo dictar asimismo las normas por las cuales debe regirse la intermediación y contratación de seguros y la liquidación de siniestros.

“Para afianzar el respeto de sus funciones de control y fiscalización y a las demás otorgadas por la ley, la superintendencia puede aplicar diversas sanciones, pudiendo inclusive, llegar a recabar del gobierno la revocación de autorización de existencia de la sociedad infractora.”⁶⁹, los artículos 43, 44, 45, 47 y 50 del DFL 251 reglamentan las sanciones que puede imponer este organismo, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la infracción que se cometa.

- Reglamentación.

Con el fin de velar por la estabilidad y solvencia de las sociedades anónimas dedicadas al comercio de los seguros, la ley establece una serie de normas que hacen excepción a las normas generales aplicables al resto de las sociedades anónimas en Chile. Éstas son:

1° Se forman existen y prueban por escritura pública, obtención de una resolución de la Superintendencia que autoriza su existencia y aprueba sus estatutos. La Superintendencia otorga un certificado que contiene la resolución en que se autoriza su existencia y un extracto de los estatutos que se inscribe en el Registro de Comercio y se publica en el Diario Oficial dentro de sesenta días desde la fecha de la resolución que autorizó su existencia.

2° Sólo pueden tener por giro el comercio de los seguros a base de primas y aquéllas actividades afines o complementarias a dicho giro, ello de según lo establecido en el artículo 4° del DFL 251.

⁶⁹ Ibid, p. 52.

3° Dentro de este giro deben optar si se dedican a los seguros del primer o segundo grupo, no pudiendo abarcar ambos grupos.

4° Se constituyen como cualquier sociedad anónima, con las siguientes modalidades especiales:

i. Para su formación deben obtener resolución aprobatoria de la Superintendencia de Valores y Seguros. (Artículo 126 de la Ley 18.046).

ii. El capital no puede ser inferior a 90.000 unidades de fomento al momento de constituirse y para que se autorice su existencia, este capital, debe estar totalmente suscrito y pagado, monto que en el caso de las compañías reaseguradoras es de 120.000 UF. (Artículo 7° DFL 251).

5° Si durante el funcionamiento de una compañía, su patrimonio se redujere a una cantidad inferior a la requerida para constituirse, la compañía está obligada a complementarla, bajo sanción de que se le puede revocar su autorización de existencia.

6° El Límite máximo de endeudamiento, en relación al patrimonio, de las compañías del primer grupo es de 5 veces; y para las compañías del segundo grupo es de hasta 15 veces su patrimonio.

7° Las compañías deben constituir reservas técnicas de riesgos en curso respecto de las primas de seguro de corto plazo; matemáticas respecto de las primas de seguros de largo plazo; de siniestros por las obligaciones derivadas de siniestros ocurridos que estén pendientes de pago y por los ocurridos y no reportados; y reservas adicionales a la de riesgos en curso para los riesgos de siniestralidad poco conocida, fluctuante o catastrófica, que a juicio de la Superintendencia fuere necesario cubrir.

8° Deben invertir su patrimonio y reservas técnicas siguiendo la reglamentación establecida en los artículos 21 a 26 del DFL 251. Esta reglamentación tiene por objeto garantizar la seguridad, liquidez y diversificación de las inversiones que realicen las compañías. El artículo 22 establece que estas inversiones representativas de reservas técnicas y de patrimonios de riesgos no pueden estar afectas a gravámenes, prohibiciones, embargos, medidas precautorias, condiciones suspensivas o resolutorias, ni de ser objeto de ningún otro acto o contrato que impida su libre cesión o transferencia.

9° El DFL 251, en los artículos 65 a 73, contiene normas precisas sobre los procedimientos a seguir en caso de que una compañía muestre déficit patrimonial por debajo del mínimo exigido; déficit de las inversiones de las reservas técnicas o un sobreendeudamiento que supere las relaciones máximas establecidas en la ley.

10° La liquidación de una compañía de seguros debe ser practicada por el Superintendente de seguros o por la persona que éste designe. No obstante, el Superintendente puede autorizar, si lo estima conveniente, a una compañía para que practique directamente su propia liquidación. (Artículo 75° del DFL 251).

11° La quiebra de una compañía de seguros sólo puede ser declarada judicialmente, previa investigación e informe de la Superintendencia. Asimismo, todo convenio extrajudicial propuesto por la compañía debe ser autorizado por la Superintendencia⁷⁰.

12° En caso de quiebra o de convenio judicial, el Superintendente de seguros o la persona que éste designe asume el rol de síndico de la compañía.

13° Si se solicita la quiebra contra una compañía de seguros el tribunal debe oficiar a la Superintendencia de Valores y Seguros para que informe sobre la

⁷⁰ DFL N° 251, Artículos 76° y 79°.

solvencia de la compañía y si, a su juicio, ella es capaz de responder a sus obligaciones propondrá las medidas conducentes para que prosiga con sus operaciones y no se declarará la quiebra.

5.2 EL TOMADOR o CONTRAYENTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

5.2.1 Definición y aplicación en el SOAP

La otra parte en este contrato se denomina *tomador o contrayente* y puede o no coincidir con la persona del asegurado. Se puede definir al contrayente como la persona que celebra el contrato con el asegurador, trasladando uno o más riesgos determinados, y sobre quien recaen las obligaciones generadas por el contrato.

Normalmente la persona que contrata un seguro se confunde con la persona del asegurado, es decir, una misma persona actúa por cuenta propia y en interés de sí mismo; sin embargo, puede ocurrir que el contratante actúe por cuenta ajena o a favor de un tercero, casos en que no existe coincidencia entre la persona que materialmente celebra el contrato y la persona en interés de quien se celebra.

Debemos, por tanto, distinguir entre las persona que contrata el seguro. El asegurado y el beneficiario.

El *asegurado*, según la definición del artículo 513 del Código de Comercio, es la persona que traslada los riesgos a la compañía aseguradora, quedando libre de dicho riesgo; quien sin ser, necesariamente, el contrayente puede verse afectado por los efectos generados por éste y siempre estará sujeto a cargas. Por consiguiente, lo que caracteriza a la persona del asegurado es el hecho de quedar liberada de un riesgo y, más precisamente, de las consecuencias económicamente

desfavorables que se producen para un sujeto al verificarse o materializarse el riesgo. Respecto de esta persona nuestra legislación exige la existencia de un interés actual y efectivo al contratar.

El seguro puede ser celebrado entre la compañía y quien desea quedar libre del riesgo, caso en que contrayente y asegurado se confunden; además, puede ser celebrado por una persona a nombre de otra, sea en calidad de representante legal, mandatario o en calidad de administrador de una sociedad (en cuyos casos, de acuerdo a las reglas generales del derecho, el contrato produce respecto del representado los mismos efectos que si hubiera contratado el mismo). Asimismo, puede ser celebrado por cuenta de otra persona, respecto de quien no tiene facultad para representarla, quien, de acuerdo a las reglas generales del derecho común, puede ejercer los derechos que le competen en calidad de asegurado; pero mientras este asegurado no exteriorice su aceptación, asegurador y contrayente pueden revocar el contrato. También, el seguro puede ser contratado a favor de otra persona, en cumplimiento de un pacto especial, en este caso el contrayente no actúa en representación del asegurado ni opera la figura del artículo 1449 del Código Civil, sino que “la traslación de los efectos del contrato a la persona del asegurado opera aquí como efecto de la modalidad estipulada en el contrato”.⁷¹

Finalmente, el *beneficiario*, puede definirse como aquella persona que, no siendo parte en el contrato, recibirá las indemnizaciones que deba pagar el asegurador en caso de ocurrir el siniestro y que, cuando es el titular del interés se confunde con la persona del asegurado. Esta institución se sustenta o, más bien, tiene su base en la llamada “estipulación por otro” contemplada en el artículo 1449 del Código Civil.

⁷¹ Ibid, p. 45.

Como este sujeto no es parte del contrato, no está afecto a las obligaciones del mismo, durando su expectativa mientras el contrayente del seguro no revoque la designación de beneficiario.

En el SOAP, *contrayente* o tomador del seguro y *asegurado* son la misma persona, siempre y cuando la víctima del accidente sea el propietario del vehículo. Cabe, también, como uno de los casos de seguros sobre la persona de un tercero, previsto en los artículos 569 y 570 del Código de Comercio, estos ocurren cuando una persona asegura la vida de otra, no por cuenta de ésta sino por cuenta propia, la persona de cuya vida se trata es completamente ajena a la relación aseguradora y el asegurado es el contratante; él asume las obligaciones correspondientes y el seguro cede en su exclusivo beneficio o en favor de la persona del beneficiario; no necesitando, en modo alguno, ni el conocimiento ni el consentimiento de la persona cuya vida es asegurada. Eso sí el asegurado debe tener interés actual y efectivo en la conservación de la vida de dicha persona, interés que puede ser económico, afectivo o moral, que en el caso de este seguro se presume en el interés que todas las personas deberían tener en la conservación de la vida e integridad física de los demás integrantes de la sociedad, en cuanto todos y cada uno son potenciales víctimas de accidentes por la circulación de vehículos motorizados, reforzado por el interés específico del Estado de proporcionar seguridad a las víctimas de estos hechos.

También podría ser considerado como un caso de seguro por cuenta ajena celebrado por persona que no tiene la facultad para representarla, con el objeto de dar debida protección a las víctimas de accidentes del tránsito; sin embargo, encuadrarlo en esta figura legal presentaría el problema de que, aplicando las normas generales que rigen esta institución, tomador y asegurador podrían revocar

el contrato mientras este tercero no exteriorice su autorización y prestada la autorización de este tercero el contrato no podría ser dejado sin efecto por las partes, cuestión que no ocurre en este seguro.

En definitiva, creemos que es mejor entender el SOAP como un *seguro sobre la persona de un tercero*, con la característica especial que este tercero es persona indeterminada al momento de contratar, y está constituido por todas las posible víctimas de accidentes de tránsito, pudiendo materializarse este asegurado, al momento de ocurrir el siniestro, en la persona del propietario del vehículo (en cuyo caso es un seguro por cuenta propia), del conductor del mismo, de los transportados o de los peatones (casos en que es un seguro sobre la persona de un tercero).

En esta cobertura se entiende como tomador, para todos los efectos legales, “al propietario o persona que lo hubiera contratado y a quienes durante la vigencia del seguro se les haya transferido o transmitido la propiedad del mismo vehículo”. No sólo la persona del propietario es apto para contratar este seguro sino que pueden hacerlo cualquiera de las personas mencionadas, pero cuando el adquirente es persona distinta del propietario no queda registrada su individualización en documento alguno, pues en los certificados que deben ser exhibidos al momento de contratar sólo se consigna el nombre del propietario de acuerdo al certificado de anotaciones vigentes del registro nacional de vehículos motorizados, sin quedar registro del nombre de quien efectivamente contrata el seguro.

Creemos debiera quedar expresamente individualizada la persona que efectivamente toma el seguro junto a una declaración en que ésta expresara si es propietario o no del vehículo. La necesidad de lo señalado radica en que algunas de las acciones que el asegurador tiene para hacer valer sus derechos se ejercen

respecto del tomador del seguro, que perfectamente puede ser persona distinta del propietario. Acciones como: acción de repetición, por la cantidad que haya debido pagar, a título de indemnización, cuando circunstancias que dicen relación con la eficacia del contrato o al cumplimiento de obligaciones por parte del tomador habrían autorizado al primero, en otro caso, para no pagar ninguna cantidad por tal concepto; acción de recupero, para el reembolso de lo pagado por el asegurador como indemnización cuando el tomador produjo el accidente en forma dolosa; y acción de término anticipado del contrato, por incumplimiento de obligaciones contractuales por parte del tomador (exceptuando el no pago de la prima, que por regla especial contenida en la Ley 18.490 no produce ese efecto).

La ley ha impuesto la obligación de contratar el SOAP a todo propietario de un vehículo, debido a que éste crea el riesgo al poner en circulación un objeto peligroso, sea que lo conduzca él u otra persona que autorice.

El artículo 24 de la Ley 18.490 especifica quienes son las personas cubiertas por el SOAP, pudiendo ser el conductor, los transportados y/o cualquier otro tercero que resulten lesionadas o fallezcan en un accidente en que intervenga un vehículo que cuente con este seguro, sea que se encuentren, al momento de verificarse el siniestro, dentro o fuera de él. Por su parte en la póliza se repite y detalla lo señalado por la Ley 18.490 al indicar, en el inciso tercero del artículo 1º, que “quedan amparados por este seguro quien conduzca el vehículo asegurado al momento de producirse un accidente en que éste participe, las personas que estén siendo transportadas en él y cualquier tercero lesionado a consecuencia de dicho accidente”; considerando como terceros afectados las personas que son transportadas en un vehículo que, debiendo haberlo contratado, no cuenta con

seguro vigente y que hubiere intervenido en un accidente con algún vehículo asegurado, exceptuando al conductor y al propietario del mismo.

En definitiva, no se conoce la persona respecto de cuya vida e integridad versa el seguro al momento de contratar y sólo al momento de materializarse el riesgo ésta se determina.

Se establecen como *beneficiarios* de este seguro en caso de muerte de la víctima o de lesiones de tal magnitud que le impidan actuar personalmente sujetos previamente especificados, quienes concurren de acuerdo, también a un orden de prelación preestablecido. El artículo 31 de la citada ley señala el orden de precedencia de quienes tienen derecho a percibir la indemnización a título de beneficiarios.

Este orden de precedencia de los posibles beneficiarios, quienes en cada orden recibirán por partes iguales, es el siguiente:

- 1° El cónyuge;
- 2° Los hijos menores de edad, legítimos, naturales o adoptivos;
- 3° Los hijos mayores de edad, legítimos, naturales o adoptivos;
- 4° Los padres legítimos o naturales;
- 5° La madre de los hijos naturales de la víctima; y
- 6° A falta de las persona indicadas, quien acredite la calidad de heredero.

Además, deben considerarse como beneficiarios a todas aquellos centros hospitalarios y entidades privadas para el reembolso de las prestaciones que efectivamente otorguen a las víctimas de accidentes de tránsito.

5.2.2 Coincidencia y disociación de las calidades de tomador, asegurado y beneficiario del SOAP

Consecuencia de la indeterminación de la persona del asegurado hasta el momento de la ocurrencia del siniestro y, por ello, la indeterminación de los posibles beneficiarios establecidos en la ley puede ocurrir que las calidades de tomador, asegurado y beneficiario converjan en una sola persona, como, asimismo, puede ocurrir que dichas figuras subjetivas se disocien en varios sujetos.

Las posibles situaciones son las siguientes:

i- Una sola persona reúna las tres calidades.

Tomador, asegurado y beneficiario: Es el caso que ocurre cuando el propietario que conduce su vehículo verificándose una incapacidad permanente, parcial o total, siendo indemnizado por el asegurador o en caso de lesiones que no conlleven incapacidad el reembolso de los gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica.

ii- Dos personas. Una persona reúne las calidades de tomador y asegurado y otra la de beneficiario

Ello ocurre cuando el propietario que conduce el vehículo asegurado resulta muerto o sufra lesiones, de tal naturaleza, que configuren una incapacidad permanente total de una magnitud que le impidan recibir la indemnización por si mismo y carezca de representante que perciba en su nombre. Evento contemplado en el artículo 32 de la Ley 18.490 que expresamente señala que se otorga el derecho a percibir la indemnización a los beneficiarios, de acuerdo al orden de prelación establecido en la misma ley.

iii- Dos personas. Una misma persona reúne las calidades de tomador y beneficiario y otra la de asegurado.

Puede ocurrir cada vez que, a raíz de un accidente automovilístico se produzca la muerte de una persona o lesiones de tal gravedad que le producen incapacidad permanente que le impiden percibir directamente, careciendo de representante, debiendo recibir a título de beneficiario persona distinta de la víctima (de aquellas descritas en el artículo 31 de la ley); quien es, al mismo tiempo, propietario del vehículo que participó en el hecho, cuya aseguradora paga la indemnización.

iv- Dos personas. Una misma persona reúne las calidades de asegurado y beneficiario y otra la de tomador.

Este caso se presenta cuando la víctima del accidente sea cualquier persona distinta del propietario del vehículo a quien la compañía aseguradora pague directamente la indemnización por incapacidad o le reembolse los gastos de hospitalización, de atención médica, quirúrgica o farmacéutica en que ésta haya incurrido.

v- Tres personas. Tomador, asegurado y beneficiario.

Ocurre cuando existe una disociación absoluta entre estos sujetos, constituido por todas aquellas situaciones en que la víctima de un accidente de tránsito, persona distinta del propietario, resulta muerta o queda con incapacidad permanente total que le impida recibir directamente la indemnización; en que, además, la víctima no tener relación de parentesco, de aquellas descritas en el artículo 31, con el propietario del vehículo.

6 ELEMENTOS DEL SOAP

Siguiendo la teoría clásica se pueden distinguir elementos de la esencia, de la naturaleza y accidentales. De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1444 del Código Civil, son de la esencia de un contrato aquellos sin los cuales o no produce efecto alguno o degenera en otro distinto; son de la naturaleza los que no siendo esenciales en él, se entienden pertenecerle, sin necesidad de una cláusula especial; y son accidentales los que ni esencial ni naturalmente le pertenecen, y que se agregan por medio de cláusulas especiales.

Por el fin social presente en el SOAP, presente en las características especiales de este contrato, son relevantes de analizar los elementos esenciales de esta convención, pues al ser este un contrato dirigido, de adhesión y tener las normas que lo regulan el carácter de orden público, las partes ven fuertemente restringida su libertad contractual, su contenido se encuentra absolutamente delimitado sin dejar posibilidad de discusión entre éstas. Sin embargo, aplicando el mismo criterio que se ha tenido respecto del contrato de trabajo que es el contrato dirigido por excelencia, la normativa legal se puede tener como un mínimo o base para la negociación que debe ser respetado por las partes, de manera que estas partes pueden incorporar elementos accidentales, mediante cláusulas especiales siempre y cuando ellas respeten los mínimos establecidos en la ley y respeten la normativa vigente.

6.1 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES

Además de los elementos comunes a todo contrato, cuales son objeto y causa lícita, voluntad exenta de vicios y cumplimiento de las formalidades; los elementos propios del contrato de seguro son: Interés asegurable, riesgo y prima.

Pudiendo, por tanto, distinguirse aquellos comunes a todo contrato y los especiales de este seguro obligatorio, y, dentro de este segundo grupo, elementos de fondo constituidos por el interés asegurable, el riesgo y la prima y elementos de forma, constituidos por las pólizas de seguros.

Analizaremos someramente aquellos comunes a otros contratos y nos detendremos en aquellos que son los elementos propios y esenciales en el SOAP, pero dejando en un capítulo especial el análisis de su póliza.

6.2 ELEMENTOS GENERALES

6.2.1 Consentimiento

En el contrato de seguro la relación jurídica está constituida por el asegurador y el tomador de la póliza quienes son las partes propiamente dichas, pero al lado de los mismos aparecen, en las pólizas de seguros de personas, corrientemente otras personas que facilitan la celebración del contrato.

Al hablar, entre los elementos de la esencia de la capacidad y del consentimiento de las partes, es preciso hacer referencia a los terceros intervinientes, que, aún cuando no son en estricto rigor los obligados en la relación jurídica, cualquier circunstancia que vicie su capacidad puede acarrear la nulidad de la póliza.

La ley exige, en términos generales, respecto de la capacidad de las personas que celebran el contrato, que éstas deben ser hábiles para obligarse (artículo 518 del Código de Comercio), y recurriendo a la regla general de nuestro derecho todas las personas son capaces excepto aquellas que la ley declara incapaces,

distinguiendo para ello entre capaces absolutos e incapaces relativos, quienes “deben actuar representados o autorizados por sus representantes”⁷². Sin embargo, respecto del asegurado la ley ha establecido requisitos especiales pues al establecer que sólo pueden ejercer el comercio sociedades anónimas que cuenten con autorización de autoridad competente, se establecen una serie de requisitos para que sean capaces de actuar válidamente en este comercio, todas cuestiones analizadas en el punto anterior de este capítulo. Como respecto del asegurado y del beneficiario la ley no exige su consentimiento sino tan sólo su capacidad para recibir las utilidades que el contrato les reporte, todas las personas son capaces, por regla general, y los incapaces, quienes constituyen la excepción, pueden actuar a través de sus representantes legales

El Asegurador, que es la persona que se obliga a cumplir la prestación determinada en el contrato cuando sobrevenga el siniestro. Otorga su consentimiento implícitamente en la autorización que éste da a su agente o al corredor de seguros para que concluya, en su nombre, determinado contrato. En el caso del SOAP este consentimiento se otorga mediante un mandato general que, en la práctica se materializa a través del poder otorgado a sus agentes o corredores para contratar.

El Contrayente o Tomador de la póliza, que es quien contrata el seguro quedando, por ese hecho, obligado al pago de la prima más otras prestaciones que detallaremos en el capítulo siguiente, presta su consentimiento antes de la expedición de la póliza, pues a partir de ésta el contrato tiene pleno vigor. Generalmente previa a la contratación pide informes que, por la restringida posibilidad que tienen las partes para modificar el contenido del contrato, versan

⁷² BAEZA PINTO, Sergio. “El Seguro”, Edición actualizada por Juan Achurra Larraín, Santiago, Jurídica De Chile,

sobre el monto de la prima y una vez que decide contratar firma la póliza, quedando en su poder el certificado en que consta la contratación del SOAP, que hace las veces de póliza, de acuerdo a lo dispuesto e el inciso primero del artículo 17 de la Ley 18.490.

El Asegurado, que es quien queda libre de los riesgos, como consecuencia del contrato de seguro, en el SOAP puede ser el propio tomador de la póliza o un tercero indeterminado, constituido por las posibles víctimas de accidentes de tránsito en que participe el vehículo asegurado, que sólo se define al momento de perpetrarse el siniestro cubierto. Respecto de este sujeto sobre cuya persona trata el seguro, en caso de ser un tercero, no necesita prestar su consentimiento; más aún, de acuerdo a lo señalado en el artículo 571 del Código de Comercio, puede ser celebrado “sin noticia ... de la persona cuya vida es asegurada”, con mayor razón no necesita prestar su consentimiento si al momento de contratar no se ha determinado quien es este individuo como ocurre en este seguro de accidentes personales.

Respecto del beneficiario, que es la persona en cuyo beneficio será ejecutada la prestación sujeta a la condición del acaecimiento del riesgo tampoco se exige su consentimiento.

El consentimiento, respecto de quienes deben participar y expresar su voluntad, es decir, tomador y asegurador, debe ser válido, debe manifestarse de forma legítima y debe estar exento de vicios.

La forma legítima de manifestar el consentimiento es a través de la póliza y del certificado, cuya forma y contenido se encuentran delimitados por la autoridad

y que analizaremos detenidamente más adelante, en otro capítulo de nuestro trabajo.

Ahora bien, el consentimiento puede verse viciado tanto por las declaraciones falsas o erróneas que respecto del riesgo haga el tomador, que influirán en la apreciación del riesgo que haga el asegurador, lo mismo respecto del cálculo de la prima en caso que el tomador descubra que errónea o dolosamente la prima fue calculada en forma exagerada con respecto a los riesgos que ha de cubrir el contrato, así como también en el caso que esta sea calculada sobre la base de falsa información proporcionada por el tomador que lleve a una errónea evaluación de los riesgos.

En ambos casos, tanto el error como el dolo, están elevados a su máxima expresión al punto que tanto el error accidental y el dolo bueno, constituido por los silencios y reticencias en las declaraciones del asegurado vician el consentimiento, situaciones que analizaremos con mayor detención al analizar las obligaciones del tomador.

Mención especial merece la fuerza, como vicio del consentimiento, pues nuestro Código de Comercio omite este vicio y se limita a hablar de “declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias”.⁷³ Para estos casos se debe recurrir al derecho común, bastando recordar que ella es causa de nulidad aún cuando sea ejercida por persona distinta de aquella en cuyo provecho se celebre el contrato y que se estima existir violencia cuando ésta es tal que produzca impresión en una persona sensata inspirándole temor de exponer su persona o sus bienes a un peligro, así como también contra la persona de su cónyuge, sus descendientes o ascendientes.

⁷³ CÓDIGO DE COMERCIO, artículo 557 N° 1

6.2.2 Objeto y Causa

a- Objeto.

Definido en la doctrina como aquello que se debe, que se materializa a través de la pregunta de qué se ha querido al contratar, y la causa, que, por el contrario, es la razón de ser de la relación jurídica en el seguro, como nunca “corren paralelos, confundidos a veces y en mutua interferencia siempre”⁷⁴.

En los contratos de seguros de personas, como es el SOAP, el objeto se encuentra dado por el riesgo (entendido como acontecimiento que puede o no suceder) que más adelante trataremos en detalle, pero que, adelantamos resumidamente se encuentra constituido por las lesiones corporales o muerte.

El objeto debe ser posible, lícito y determinado o determinable, de acuerdo a lo prescrito en el Código Civil, sancionándose su contravención con nulidad absoluta.

Señala, el Código de Comercio que son nulos, por imposibilidad del objeto, los contratos de seguros sobre cosas que ya hayan corrido el riesgo, háyanse salvado o perecido en él (artículo 566 del Código de Comercio), y que es nulo el contrato si al tiempo de su celebración ya ha muerto la persona cuya vida es asegurada, aunque las partes ignoren su fallecimiento (artículo 574 del Código de Comercio). Agrega que son nulos, también, los contratos de seguros cuando el riesgo que se pretende cubrir es lícito, contrario a la ley, al orden público o a las buenas costumbres, por ejemplo, no puede asegurarse un cargamento de drogas o si el que ha hecho asegurar su vida la perdiere por suicidio o por condenación capital, o si la perdiere en duelo o en otra empresa criminal, o si fuere muerto por sus herederos (artículo 575 N°1 del Código de Comercio). Finalmente, no es válido

el contrato en que el riesgo no esté determinado ni sea determinable. Se trata de la determinación de la probabilidad de que el riesgo acaezca y que sobrevenga el siniestro, que hoy en día se determinan con bastante exactitud por la estadística y las demás técnicas de cálculo en que se apoyan las Compañías de seguros.

En el seguro que nos ocupa, como dijimos, el objeto se encuentra constituido por el riesgo cubierto, que son las lesiones corporales o muerte de personas que se produzcan a consecuencia de un accidente en que intervenga un vehículo asegurado, es decir, el objeto de protección está constituido por todas las potenciales víctimas de un accidente de tránsito que sufran dichos resultados; por lo que su determinación, si bien es amplia, se especifica al momento de producirse el siniestro, sin que tenga mayor trascendencia, para la validez del contrato la circunstancia de muerte de una o más personas, así como tampoco afectara su validez el hecho de que durante la vigencia del mismo se produzcan uno o más siniestros, pues no afecta ni disminuye el objeto de protección.

b- Causa.

En el caso del SOAP la causa está definida como el interés en evitar la ocurrencia del riesgo, que en este caso no es pecuniario sino más bien moral, definido como el interés de evitar que ocurran lesiones corporales o muerte. Ésta debe existir y ser lícita, porque la obligación sin causa o ilícita no produce efectos y es nula.

Como la causa debe existir, es necesario que el tomador tenga un real y legítimo interés en celebrar este contrato, que no es otra cosa que el interés, cualquiera sea su motivación, por ejemplo, el afecto familiar, el deseo de asegurar el futuro del beneficiario heredero del asegurado, etc. y que en el SOAP se define

⁷⁴ MARMOL MARQUIS, Hugo. “El seguro de vida”, Caracas, Publicaciones de la Facultad de Derecho Universidad

como el interés en la conservación de la vida y evitar las lesiones corporales del asegurado, que puede ser cualquier ser humano víctima de un accidente de tránsito.

6.3 ELEMENTOS ESPECIALES

6.3.1 Interés asegurable

i. Definición.

Al igual que los seguros de daños requieren un interés en los seguros obligatorios de accidentes personales debe existir este interés por parte de quien toma el seguro, interés que es evidente en el caso de quien asegura su misma persona, y que en los casos en que un tercero asegura respecto de la otra persona exige, según lo dispone el artículo 569 del Código de Comercio, la existencia de un interés actual y efectivo en la conservación de la vida" del tercero sobre quien versa el contrato.

Se entiende por interés asegurable "aquella relación susceptible de valoración económica entre un sujeto y una cosa apta a satisfacer una necesidad, a prestar una utilidad, o más brevemente una relación económica entre un sujeto y un bien".⁷⁵ El fundamento legal del interés asegurable se encuentra en el inciso segundo del artículo 518 del Código de Comercio, que señala la necesidad de que por parte del asegurado, exista al tiempo de celebrarse el contrato, un interés real en evitar los riesgos.

ii. Elementos constitutivos del interés.

De lo dicho se desprende que el interés asegurable se encuentra constituido, a su vez, por tres elementos: un sujeto interesado; un objeto y la relación entre estos, que analizaremos a continuación:

Central de Venezuela, 1964, Colección Tesis de Doctorado, Volumen III, p. 71.

- El *sujeto interesado* no es otro que el sujeto asegurado, quien está en relación con un bien y cuyo patrimonio se vería afectado si ese bien es dañado.

En el SOAP este sujeto se identificaría con todas aquellas personas que resulten lesionadas o muertas a consecuencia de accidentes de tránsito en que intervenga uno o más vehículos cubiertos con este seguro.

- El *objeto* puede ser cualquier cosa, corporal o incorporeal susceptible de evaluación pecuniaria, que no es otra cosa que la definición de bienes.

En el SOAP son objeto del interés las personas, en cuanto pueden verse expuestas a lesiones o muerte producto de un accidente de tránsito, que le traerán consecuencias económicas desfavorables, que en el caso de las lesiones pueden ser claramente determinadas.

Puede parecer al lector cuestionable e incluso contrario a lo aprendido el considerar al hombre, que siempre se ha presentado como sujeto del derecho, como objeto de él. Al respecto quisiéramos indicar que esta distinción entre el hombre como sujeto de derecho, es decir, como persona, y el hombre como bien susceptible de valoración y objeto de derecho hoy día está aceptada por la ciencia económica y por la teoría general del derecho. El hombre, por consiguiente puede considerarse como un bien y como a tal objeto del interés de un sujeto: ya como sujeto de derecho de sí mismo y en tal caso el interés está implícito, ya d un tercero, en cuyo caso la existencia del interés resulta demostrada como en todos los otros casos.

- La *relación entre el sujeto y el objeto*, debe ser de naturaleza económica, susceptible de valoración.

La materialidad de la expresión del interés significa que debe incidir en un contenido económico que pueda menoscabarse con ocasión del siniestro; y, el

⁷⁵ BAEZA PINTO, Op. cit., p. 36.

interés moral recae en la aflicción o dolor espiritual del tercero, que resulte de la pérdida o menoscabo de la persona del asegurado. El fundamento del interés moral es el mismo argüido para la indemnización del daño moral en el derecho común.

En el SOAP las personas tienen una relación económica con su cuerpo, en cuanto este es el medio a través del cual se desarrolla en el campo social y especialmente laboral.

Así, en este seguro automotriz las personas son al mismo tiempo consideradas sujetos y objetos del interés asegurable.

iii. Valoración de la relación.

Respecto a la manera de valorar esta relación, en el SOAP, como en todos los seguros de intereses que tienen por objeto a las personas, la valoración del interés es alzada, esto es, a falta de poder efectuar una valoración real y objetiva (por el mercado o por peritos) se determina de acuerdo a parámetros subjetivos que requieren del acuerdo de las partes.

Sin embargo en el SOAP esta valoración ha sido predeterminada por la ley en caso de muerte o de lesiones distinguiendo si ella es total o parcial y, en aquellos casos en que las lesiones no conllevan incapacidad alguna la ley establece la obligación del asegurador de reembolsar los gastos derivados de estas lesiones hasta un monto pre determinado.

El fundamento legal del interés asegurable se encuentra en el inciso segundo del artículo 518 del Código de Comercio, que prescribe que se requiere por parte del asegurado, al tiempo del contrato “un interés real en evitar los riesgos”, sancionando en el inciso tercero del artículo en mención su falta con nulidad.

Además, nuestra ley general de seguros exige que este interés real exista al “tiempo de la celebración del contrato”, es decir, que sea un interés actual, pero en

el caso de SOAP no es aplicable este requisito, pues la exigencia de este interés al tiempo de celebrarse el contrato está configurada para los seguros de daños, como puede inferirse del análisis del inciso segundo del artículo 518, que al ejemplificar sólo menciona una relación entre un sujeto y cosas (“... sea en calidad de propietario, copartícipe, fideicomisario, usufructuario, arrendatario, acreedor o administrador de bienes ajenos..”) de tal manera que esta exigencia no es aplicable a los seguros de personas, siendo uno de ellos el SOAP. Además en este seguro existe un interés inicial dado por la necesidad de proteger a las víctimas potenciales de accidentes del tránsito.

6.3.2 **Riesgo**

El concepto legal de riesgo se encuentra definido en el artículo 513, inciso segundo, del Código de Comercio como “la eventualidad de todo caso fortuito que puede causar la pérdida o deterioro de los objetos asegurados”, asimilando el riesgo al caso fortuito que, para estos efectos, se identifica con la fuerza mayor, es decir, el imprevisto que es imposible resistir.

Esta definición no es adecuada, pues no considera situaciones que constituyen riesgos y que en la práctica son asegurados cuales son, por ejemplo, los hechos de terceros y los hechos propios. Por ello es más apropiado definir el riesgo como la “amenaza de pérdida o deterioro que afecta a bienes determinados, o a derechos específicos, o al patrimonio mismo de una persona, en su totalidad. Esta amenaza puede ceñirse también sobre la vida, la salud, la integridad física e intelectual de un individuo e importar un peligro de muerte, de enfermedad o de accidente”.⁷⁶

⁷⁶ SANDOVAL LÓPEZ, Op. cit., Tomo II, p. 153.

En pocas palabras puede definirse, de manera más adecuada, el riesgo como todo evento económicamente dañoso para el tomador del seguro, pues este elemento se encuentra en íntima relación con el primer elemento, interés asegurable, en términos de que para que un hecho le sea riesgo será necesario que tenga un interés real y efectivo en evitar los daños que ese hecho ocasione.

En el SOAP el riesgo cubierto está constituido por todos aquellos accidentes de tránsito, ocurridos en lugares de libre acceso al público dentro del territorio nacional, en los que participen uno o más vehículos que cuenten con este seguro vigente, sus remolques u sus cargas y que tengan como resultado directo lesiones corporales o muerte de una persona, de este modo el riesgo se encuentra constituido, principalmente, por hechos del hombre, determinados en la ley por los que la compañía aseguradora debe responder si concurren las circunstancias que configuran el siniestro cubierto por el seguro.

i- Elementos constitutivos del riesgo cubierto por el SOAP.

De la definición pueden desprenderse los cuatro elementos que constituyen el riesgo: Ocurrencia de un accidente de tránsito, que como consecuencia de este accidente resulten personas lesionadas o muertas, existencia de una relación de causalidad entre el accidente y el resultado y que en el accidente haya participado, a lo menos, un vehículo con seguro vigente.

1° *Ocurrencia de un accidente de tránsito en lugares de libre acceso al público, dentro del territorio nacional.*

La RAE define la palabra accidente como aquel suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas. Por su parte la Corte Suprema lo ha definido como aquello que sucede por casualidad, o sea, por una simple combinación de circunstancias que no pueden preverse o evitarse.

Esta noción implica siempre el acaecimiento de un hecho involuntario, casual, comprensivo de todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito. Ahora bien, la configuración de estos elementos que caracterizan y definen a un accidente deben concurrir respecto de la víctima del mismo sin tomar en cuenta las motivaciones ni la voluntad de los causantes y demás participantes del accidente; accidentes que para quedar bajo cobertura de este seguro deben con ocasión de la circulación de vehículos motorizados.

Conjuntamente la Ley 18.490 exige que este accidente de tránsito ocurra en algún lugar de libre acceso al público dentro del territorio nacional, como se desprende del artículo 34° que, al enumerar los casos excluidos de cobertura señala en sus números 2 y 3, respectivamente, los ocurridos fuera del territorio nacional y los ocurridos en lugares que no fueren de libre acceso al público.

El concepto de lugares de libre acceso al público es un concepto que abarca tanto a las vías públicas como privadas de libre accesos al público e incluso, por la amplitud de los términos usados, aquellos lugares no destinados para el tránsito de vehículos pero que son de libre acceso al público. Ello significa que en el caso de las vías públicas quedan excluidas aquellas que por razones de seguridad nacional u otros motivos estén vedadas al público o aquellas en las cuales para ingresar se requiere previa autorización de autoridad, e incluye en las vías privadas a todas aquellas gravadas con servidumbres de paso.

Por otra parte, el hecho de que se exija que el accidente se produzca dentro del territorio nacional, limita su cobertura a los límites fronterizos de nuestra República.

2° *Intervención en el accidente de un vehículo motorizado que cuente con SOAP vigente, sus remolques o sus cargas.*

En nuestro país todo vehículo motorizado para poder transitar por las vías públicas debe contar con un permiso de circulación; estos permisos son extendidos por las Municipalidades previa verificación del cumplimiento de una serie de requisitos tanto técnicos como legales, uno de ellos es acreditar, mediante certificado, que el vehículo cuenta con un seguro contra el riesgo de accidentes personales vigente.

Esta es la regla general y todo vehículo debe contar con un seguro que cubra este riesgo. Sin embargo, la citada Ley, en el inciso segundo del artículo 4°, señala dos casos que constituyen excepciones a la regla, casos en que a los vehículos, pese a ser motorizados, no se les exige contar con este seguro:

- a. Vehículos de transporte y otros respecto de los cuales se apliquen normas sobre seguros en virtud de convenios internacionales.
- b. Vehículos motorizados con matrícula extranjera que ingresen provisoria o temporalmente al país.

Asimismo, se encarga de definir qué debe entenderse por vehículo motorizado, indicando, también, los casos excluidos del concepto. Para ello señala, en el artículo 2°, que debe entenderse por vehículo motorizado “aquél que normalmente está destinado a desplazarse en el medio terrestre, con propulsión

propia, que se encuentre por su naturaleza destinado al transporte o traslado de personas o cosas y sujeto a la obligación de obtener permiso de circulación para transitar. Los remolques, acoplados, casas rodantes y otros similares, que carezcan de propulsión pero que circulen por vías públicas, también se considerarán como vehículos motorizados”.

A continuación, en el artículo 3º, enumeran una serie de vehículos que no son considerados 'vehículos motorizados' y que, por tanto, no deben contratar este seguro:

- a. Los que circulan sobre rieles;
- b. Los utilizados exclusivamente dentro de los límites de playas ferroviarias, de una fábrica o en el interior de cualquier lugar cerrado, a cual no tenga acceso el público;
- c. Los tractores y otras maquinarias agrícolas, industriales, mineras o de construcción, dedicadas exclusivamente a las tareas para las cuales fueron construidas, salvo que requieran de permiso de circulación; y
- d. Los vehículos con tracción animal.

Una vez establecido que en el accidente intervino un vehículo motorizado de aquellos respecto de los cuales es necesario contratar el SOAP, se debe acreditar que éste cuenta con dicha cobertura y que el seguro está vigente. La manera de acreditar estas dos circunstancias es mediante la exhibición del certificado del seguro, certificado que las compañías aseguradoras se encuentran obligadas a entregar a sus tomadores al momento de su contratación y en el cual, de acuerdo a las menciones obligatorias establecidas en el inciso segundo del artículo 17 de la Ley, se debe especificar la fecha de inicio y término de la vigencia del seguro. La

posesión de este documento, de acuerdo a lo prescrito en dicho artículo, se considera como prueba suficiente de la contratación del seguro obligatorio.

Ahora bien, la oportunidad para exhibir este certificado es ante Carabineros de Chile al momento en que éstos levantan la denuncia por el accidente.

Para que opere este seguro basta con que uno de los vehículos involucrados cuente con esta cobertura, pues, si bien la regla general es que cada uno de los aseguradores se responsabilice por los transportados por el vehículo asegurado, en caso que los demás vehículos participantes no cuenten con SOAP se considera a sus transportados, para efectos de la aplicación de esta cobertura, como terceros afectados, exceptuando, eso sí, al conductor y al propietario del vehículo que debiendo haberlo contratado no lo hicieron. Esta disposición cuyo fin es proteger a todas las personas lesionadas en accidentes de tránsito, será desarrollada con mayor detenimiento al analizar la extensión de la obligación de indemnizar que pesa sobre las compañías aseguradoras.

Finalmente, respecto de los remolques, trailers, semitrailers, casas rodantes u otro tipo de acoplado que transporte el vehículo asegurado al momento del accidente de tránsito, la Superintendencia de Valores y Seguros, a través de la Circular 1462, del 28 de Diciembre de 1999, ha señalado la necesidad de establecer una cláusula adicional a la póliza del seguro obligatorio de accidentes personales a objeto de que las muertes o lesiones causadas a las personas por estos acoplados al vehículo, al momento de verificarse el accidente, sean cubiertas por este seguro; para lo cual debe emitirse un certificado de cobertura adicional en que quede constancia de ello, dando, de este modo, cumplimiento a la obligación legal, contenida en el inciso final del artículo 2° de la Ley 18.490, de tener un seguro obligatorio adicional para este tipo de vehículos.

3° *Como resultado se produzcan lesiones corporales o muerte en una a más personas.*

Los resultados cubiertos por el seguro obligatorio son, en términos generales, la muerte y las lesiones corporales en las personas que causen incapacidades permanentes totales o parciales y los gastos médicos que para la recuperación de esas lesiones se originen. Protegiendo tanto a las personas transportadas como no transportadas por el vehículo con cobertura

- Muerte.

Si bien no se encuentra definida en nuestra legislación, origina una serie de instituciones y variados efectos a través de todo nuestro ordenamiento jurídico; así, por ejemplo, es el hecho que da origen a la sucesión patrimonial de los bienes del difunto, da término al matrimonio y a su régimen de bienes, determina el pago de indemnizaciones en el caso de los seguros de personas, de vida y en el SOAP y los atentados hacia la vida de las personas con el fin de provocar su muerte se encuentran tipificados en el Código Penal a través del establecimiento del homicidio y sus figuras calificadas.

Se puede definir la muerte como la cesación o término de la vida, que por los efectos que este hecho genera en el campo del derecho la determinación del momento exacto en que ella se produce nos lleva a recurrir a la ciencia médica.

En los casos de muerte instantánea la determinación del momento en que ella ocurre no presenta mayores problemas; sin embargo, en muchos casos la existencia de la muerte de una manera cierta y absoluta es difícil de determinar, tal es el caso de la llamada muerte clínica, en que se produce la paralización de las grandes funciones vitales del organismo (sensibilidad, movilidad, respiración y

circulación) sin que se produzca una alteración de las estructuras orgánicas. En esta situación, para que la paralización funcional que representa la muerte clínica constituya muerte real, es necesario que ella sea absolutamente irreversible.

“Es preciso puntualizar que también los autores distinguen entre muerte cerebral y muerte biológica, entendiéndose que la primera es igualmente una muerte real. Muerto el cerebro, pueden seguir en actividad otras partes del organismo, pero se trata solamente de una vida biológica o molecular, pues la vida personal se liga a la posibilidad de que exista o de que se restablezca el contacto psíquico consigo mismo, y eso no es posible una vez fenecido el cerebro. Sobre este principio descansa la principal prueba para diagnosticar en la etapa de la muerte clínica”⁷⁷ y ese método es el que se utiliza en nuestra legislación, como se puede comprobar del análisis de los artículos 149 del Código Sanitario y 12 del Reglamento Sanitario, que reconociendo la muerte cerebral como muerte real, exigen para su comprobación la existencia dos electroencefalogramas planos certificados por especialistas.

Llevando esta discusión a la materia que nos ocupa, la muerte debe ocurrir dentro de un año desde la fecha del accidente y debe ser declarada y acreditada de acuerdo a los términos de la póliza. Sin embargo, en los casos de muerte clínica puede ser difícil determinar exactamente el momento de la muerte y debe estarse a lo que determine el médico tratante, quien, con una aplicación extensiva de la norma contenida en el artículo 28° debe constatar la circunstancia del fallecimiento; pero las compañías aseguradoras siempre tienen el derecho de examinar a la persona lesionada por intermedio del facultativo que al efecto designe pudiendo discrepar, una vez evaluado, del diagnóstico de muerte cerebral

emitido, discrepancia que debe ser resuelta por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez del domicilio del asegurado.

Sin embargo, para efectos del monto de la indemnización y su pago esta discrepancia no tiene mayor relevancia, pues quedaría comprendida, a lo menos, como una incapacidad permanente total que lleva asignada una indemnización equivalente a la asignada para el caso de muerte y, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 28 de la Ley, remarcado en el artículo 7° de la póliza, mientras se resuelve esta situación la compañía se encuentra obligada al pago de lo no disputado, solucionando, de este modo, el problema indemnizatorio para la víctima y sus beneficiarios.

- Lesiones corporales.

Constituyen un atentado a la salud, que de acuerdo a la definición del Diccionario de la Enciclopedia Británica se define como una condición general de armonía y vigor del cuerpo y la mente, entendiendo por armonía el tener todos los órganos y facultades completos, en acción y relación normales, libre de injurias o traumas, de fallas o defectos constitucionales, de mutilaciones o decadencias. De este modo el concepto de salud es amplio y abarca la noción de integridad corporal que se refiere a la cantidad, estructura y disposición de las partes del cuerpo anatómicamente consideradas.

Recurriendo al Código Penal que en el párrafo 3 del título VIII del Libro II trata en extenso las lesiones corporales, podemos agruparlas en dos grandes grupos, el primero constituido por las mutilaciones y el segundo por las lesiones

⁷⁷ POLITOF, Sergio; Grisolía, Francisco y Bustos, Juan. “Derecho Penal Chileno. Parte Especial”, Santiago, Jurídica,

propriadamente tales. El primer grupo se caracteriza porque la afección de la salud se produce por el corte o cercenamiento de alguna parte del cuerpo que se traduce en una mengua funcional del organismo, mientras que el segundo grupo se determina mediante una técnica residual dependiendo del tiempo de enfermedad o de inutilidad para el trabajo y calificando como gravísimas aquellas que dejan a la persona en un estado permanente de demencia, de inutilidad para el trabajo, impotente o impedido de algún miembro importante.

El seguro obligatorio de la Ley 18.490, para la determinación de la cuantía de las indemnizaciones distingue de acuerdo al resultado que las lesiones originen en las víctimas, es decir, si ellas generan incapacidades permanentes, totales o parciales, o no en los accidentados, definiendo cada uno de estos resultados en los artículos 27 y 28 de la Ley y artículo 2° de la póliza. El criterio para la determinación del tipo de incapacidad es la disminución efectiva de la capacidad de trabajo que se genere a consecuencia de las lesiones sufridas; catalogando como incapacidad permanente total aquella que produce al accidentado una pérdida definitiva de, a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas y como incapacidad permanente parcial aquella que produce a la víctima una pérdida igual o superior al 30 por ciento pero inferior a las dos terceras partes de su capacidad de trabajo. Finalmente, y mediante una definición residual todas las demás lesiones corporales que no impliquen una incapacidad permanente, es decir, que sean transitorias, o que implicándola lo sean en un grado inferior al 30 por ciento de su capacidad de trabajo que originen gastos médicos de aquellos bajo cobertura de este seguro, dan derecho a su reembolso hasta el tope legal.

1993, p. 51 y 52.

La naturaleza y grado de incapacidad son determinadas por el médico tratante, pudiendo la compañía aseguradora, según lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley, siempre examinar a la persona lesionada y en caso disentir del diagnóstico del médico tratante, la discrepancia será resuelta por la Comisión de Medicina Preventiva o Invalidez correspondiente al domicilio del afectado, pero quedando la compañía obligada al pago de lo no disputado.

Los sujetos cubiertos por el SOAP son tanto las personas transportadas por el vehículo cuyo seguro se aplica como los terceros afectados, víctimas de un accidente de tránsito.

El concepto de terceros afectados incluye a todas aquellas sujetos no transportados por el vehículo cuya cobertura se aplica, comprendiendo a peatones y a tripulantes y transportados en vehículos a los cuales no se exige la contratación de este seguro, como son bicicletas, tractores, carretones, etc. Además, como señalamos, la póliza hace extensivo este concepto a las personas transportadas en un vehículo que, debiendo haberlo contratado, no cuenta con seguro vigente y que interviene en un accidente con algún vehículo asegurado.

Todas estas víctimas de un accidente de tránsito tienen derecho a reclamar, personalmente, de sus representantes o de sus beneficiarios, según el caso, las respectivas indemnizaciones a la compañía aseguradora del vehículo interviniente. Para la determinación de la manera como concurren las aseguradoras al pago de las indemnizaciones, se distingue entre los transportados y los terceros afectados, respecto de los primeros cada uno de los aseguradores responde por los transportados en el vehículo cubierto por ella, y, respecto de los segundos se establece que todas las compañías aseguradoras involucradas son solidariamente responsables, teniendo estos terceros el derecho a recurrir a cualquiera de las

compañías por el total de la indemnización; sin perjuicio de que en definitiva la obligación sea simplemente conjunta para las entidades aseguradoras involucradas.

4° *Existencia de una relación de causalidad entre el accidente de tránsito y el daño.*

Esta relación puede definirse como el "vínculo que encuadra un hecho (acción u omisión) con un resultado que se presenta como consecuencia directa, necesaria y lógica de aquél".⁷⁸

Las ciencias naturales lo explican cuando un fenómeno es el efecto de otro, pero en el ámbito jurídico no es posible hacer depender de criterios físicos o naturales la determinación de la o las personas obligadas a indemnizar un daño, pues no es lo mismo y no siempre coinciden la causalidad física y la causalidad jurídica, " en el plano jurídico de la responsabilidad no basta la causalidad física, es necesario algo más, ese 'algo más' parece consistir en el poder del factor de determinación o su idoneidad para generar el daño. Por consiguiente, la causalidad jurídica tiene una identidad propia que la singulariza y diferencia de la causalidad material o física, pero con la misma claridad no puede desconocerse que no hay causalidad jurídica si no concurre la causalidad física".⁷⁹

No existe la causalidad jurídica si está ausente la causalidad material o física, pero el acto material, que aparece absolutamente desvinculado de factor de imputación.

Ello es lógico, y se traduce en la exigencia de que las lesiones o muerte sean consecuencia directa de un accidente de tránsito en que intervenga el vehículo

⁷⁸ RODRÍGUEZ GREZ, Pablo. "Responsabilidad Extracontractual", Santiago, Jurídica, 1990, p. 371.

⁷⁹ Ibid, p. 372.

asegurado, es decir, se requiere de un vínculo de causa efecto entre el accidente y el daño.

El nexos causal, como hemos dicho, se puede definir como el enlace material físico entre un hecho o antecedente (accidente de tránsito) y un resultado (lesiones corporales o muerte); que desempeña dos funciones: la primera es hacer atribuible el daño y la segunda es determinar la extensión del daño indemnizable, pues se indemnizan los daños que sean consecuencia del accidente.

Este elemento entrelaza el hecho doloso o culpable o meramente el hecho cuando se trata de casos de responsabilidad objetiva y el daño provocado. No se trata de vincular el dolo o la culpa (factores de imputabilidad) con el daño sino que lo que se trata de establecer es que el daño producido es consecuencia de un hecho, por regla general doloso o culpable, de su autor; que no es otra cosa que intentar determinar que el resultado nocivo no es más que una consecuencia directa y necesaria de un hecho, ya sea en forma de acción o de omisión, imputable a una determinada persona.

"Se encuentra contenido en el principio general que se enuncia en el artículo 2314 del Código Civil que dice que quien 'ha cometido un delito o cuasidelito que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización; sin perjuicio de la pena que le impongan las leyes por el delito o cuasidelito.' Asimismo, el artículo 2329 de dicho cuerpo legal que, como se dijo, complementa lo manifestado en la disposición anterior, expresa que 'por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona debe ser reparado por ésta.' En ambas normas se alude directamente a la relación de causalidad que debe existir entre el hecho y el daño".⁸⁰

⁸⁰ . Ibid, p. 369.

La relación de causalidad responde a la pregunta de por qué y hasta donde responde el autor del hecho, cuando de ello se sigue una consecuencia nociva; equivale a decir que la relación se enmarca dentro de los límites del resultado dañoso.

La exigencia de inmediatez entre el accidente y sus resultados se reafirma en la circunstancia de que la muerte, incapacidad y/o los gastos médicos deben producirse dentro del término de un año desde la fecha del hecho generador de responsabilidad para el asegurador; el legislador, de esta manera, busca establecer certeza en las relaciones que se generan entre la compañía y los asegurados y sus beneficiarios estableciendo un límite de tiempo para la configuración de los resultados, así se deduce de lo expresado en los artículos 2° letra a) y d) de la póliza y 13 de la Ley, señalando este último que “las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones por accidentes personales ..., prescribirán en el plazo de un año contado desde la fecha en que ocurrió el accidente o a partir de la muerte de la víctima, siempre que aquella haya sucedido dentro del año siguiente al mismo accidente”. Sin perjuicio de lo anterior, “tratándose de las indemnizaciones por concepto de incapacidad permanente, el plazo de prescripción se contará desde la fecha de emisión del certificado médico, que en conformidad al artículo 28 de la Ley 18.490, expida el médico tratante, el cual no podrá presentarse luego de transcurridos dos años de la fecha del accidente”.⁸¹

Muchas compañías, basándose en este requisito han intentado eximirse del pago de las indemnizaciones alegando que según el significado de las expresiones usadas por el legislador “accidente”, “tránsito” y “circulación”, debe entenderse por accidente de tránsito aquel que ocurre y resulta de la acción de transitar o de

⁸¹ PÓLIZA, Artículo 11°.

circular por las vías y no puede extenderse el concepto a los casos en que a causa del accidente es ajena a la circulación vehicular (tales como los casos de lesiones causadas por la caída de un árbol sobre un vehículo en movimiento o lesiones causadas por el apedreo a un vehículo de la locomoción colectiva)⁸² porque las posibilidades de riegos distintos a los de la circulación, pero que se presentan ocasionalmente durante ella son infinitos. También han argumentado que el legislador en ningún caso ha dejado entrever una intención de aplicar las normas de esta Ley a otro tipo de accidentes ocurridos durante la circulación cuyas causas sean ajenas a ella y que la Ley 18.490 precisa su alcance al señalar en la suma que “establece seguro obligatorio de accidente personales *causados por la circulación de vehículos motorizados*” y en su título preliminar incluye como subtítulo “Del seguro obligatorio de accidentes personales *causados por vehículos motorizados*” y que en definitiva los beneficios de la Ley no se extienden a aquellos accidentes que tiene por causa una circunstancia ajena a la circulación del vehículo.

Sin embargo, la Ley es clara y en el Título I, “Del seguro de accidentes personales”, al definir el alcance de este seguro, señala que para que éste opere es necesario que la muerte o las lesiones corporales sean consecuencia de un accidente en que *intervenga* el vehículo asegurado, es decir, no limita la cobertura sólo a aquellos casos de accidentes de tránsito causados por la acción de transitar un vehículo sino que solamente exige que aquel se produzca *con ocasión de la circulación del vehículo o durante su circulación* no importando la concurrencia conjunta de otras causas, aún cuando aquellas parecieran más determinantes en la producción del accidente.

⁸² Véase Oficio N° 2345, de fecha 5 de Julio de 1989, Revista de Seguros N°84, mes de Junio de 1989, Superintendencia de Valores y Seguros, p. 47-48.

ii- Riesgos expresamente excluidos de cobertura.

Finalmente, los artículos 34 de la ley 18.490 y 5° de la póliza señalan taxativamente ciertas situaciones no cubiertas por este seguro, casos excluidos de cobertura pese a que se produzca un accidente en que intervenga un vehículo que cuente con este seguro obligatorio en que resulten personas lesionadas o muertas, es decir, casos en que claramente se configura el riesgo asegurado y que por disposición expresa de la Ley no generan para la entidad aseguradora la obligación de indemnizar, a saber:

- a. Los causados en carreras de automóviles y otras competencias de vehículos motorizados;
- b. Los ocurridos fuera del territorio nacional;
- c. Los ocurridos en lugares que no fueren de libre acceso al público;
- d. Los ocurridos como consecuencia de guerras, sismos y otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo; y
- e. El suicidio y todo tipo de lesiones autoinferidas.

En estos casos la exigencia de certificado policial cobra importancia, pues si de él se concluye que el siniestro es de aquellos excluidos, el informe de liquidación deberá estimar que tal siniestro carece de cobertura y, por ello, no se cursará pago alguno por concepto de indemnización a ninguno de los involucrados.

6.3.3 Prima

i- Definición y modalidad de su pago.

El artículo 513 del Código de Comercio, en su inciso 1°, a la prima como “la retribución o precio del seguro”, es decir, es el precio del servicio que presta el asegurador.

Es uno de los elementos esenciales de todo contrato de seguro, “el artículo 541 del Código de Comercio se encarga de señalar la esencialidad de la prima, al establecer que el seguro contratado sin estipulación de prima es nulo y de ningún valor”⁸³

El pago de la prima, al mismo tiempo que es un derecho para el asegurador constituye la principal obligación del asegurado y es el motivo o causa por la cual el asegurador asume los riesgos.

El artículo 543 del Código de Comercio indica las modalidades en que puede pactarse el pago de la prima señalando que puede consistir en una cantidad de dinero o en la prestación de una cosa o de un hecho estimables también en dinero, y pagarse toda a la vez, o parcialmente por meses o por años”, teniendo que señalarla la póliza de seguro, indicando la forma y la época convenidas para su pago.

En el seguro que nos ocupa la prima consiste en una cantidad de dinero alzada que, en la práctica se paga al momento de contratar, no obstante que la póliza deja abierta la posibilidad de que las partes determinen la modalidad del pago al señalar en el artículo 13, letra b), que es obligación de él o los propietarios del vehículo pagar la prima “en al forma y época convenida”.

ii- Regla especial contenida en la Ley 18.490 en caso de no pago oportuno de la prima.

En cuanto al efecto que produce el no pago de la prima, la Ley 18.490 constituye una excepción a las normas generales contenidas en esta materia que, por ser una norma especial, se aplica por sobre la norma general. En efecto, los artículos 544 y 545 del Código de Comercio otorgan al asegurador un plazo de tres

⁸³ BAEZA PINTO, Op. cit., p. 89.

días, contados desde el vencimiento del plazo para pagar, para que opte entre demandar la entrega de la prima o la resolución del contrato con indemnización de daños y perjuicios; si opta por demandar el término del contrato, por el solo hecho de entablar la demanda cesan de correr los riesgos por cuenta de la compañía aseguradora, pero vencido que sea este plazo de tres días sólo subsiste la acción para perseguir su entrega.

Por su parte, la normativa que regula el SOAP, en el inciso primero del artículo 5° de la Ley, señala, expresamente, que ello no afectará su vigencia y que “no se resolverán por la falta de pago de las primas”; lo anterior se ve reforzado por lo prescrito en el artículo 10 de la ley citada, que no hace más que señalar que el asegurador no podrá excepcionarse del pago de las indemnizaciones a las víctimas y sus beneficiarios invocando las excepciones que ésta tenga contra el tomador del seguro, siendo una de ellas la acción de resolución del contrato por incumplimiento de las obligaciones y de indemnización por la mora en el pago de la prima.

Por tener esta norma el carácter de excepcional dentro de la normativa que regula este comercio debe interpretarse restrictivamente, dejando subsistente las acciones para perseguir la entrega de la prima con indemnización de los daños y perjuicios; teniendo presente que la interposición de esta acción no puede servirle como excusa que la exima del cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato.

iii. Preferencia especial para el recupero de la prima en caso de quiebra del asegurador

Señala el artículo 42 de la Ley, en su inciso final, que en caso de quiebra de la compañía aseguradora los asegurados cuyos contratos se encuentren vigentes a

la fecha de la declaratoria de quiebra pueden verificar la cantidad equivalente a la prima no consumida a la fecha de expiración de los mismos; agregando que estos créditos gozan de la preferencia establecida en el N°5 del artículo 2472 del Código Civil.

Una de las causales de término del contrato de seguro, de acuerdo al artículo 559 del Código de Comercio, está dada por la quiebra de la compañía aseguradora y, si bien dicho cuerpo legal señala que una vez que los riesgos comienzan a correr por cuenta del asegurador éste gana irrevocablemente la prima, por ser este un contrato de tracto sucesivo determina que la prima se vaya consumiendo a lo largo de su vigencia, de modo que el término anticipado del seguro por causa no imputable al asegurado le permite recuperar la parte de la prima que no ha sido consumida.

La ley general en materia de seguros no contempla ninguna preferencia a este crédito; sin embargo, por disposición expresa de la ley las primas por seguros obligatorios de accidentes personales gozan de la preferencia del N°5 del artículo 2472 del Código Civil una vez verificados en la quiebra de la aseguradora, es decir, las primas no consumidas se consideran, en el quinto orden dentro de los créditos de la primera clase, que se caracterizan por afectar a todos los bienes del deudor y pagarse con cargo a los primeros fondos de que pueda disponer el síndico.

7 VIGENCIA del SOAP

7.1 REGLA GENERAL

La vigencia de la póliza, es decir, el lapso de tiempo durante el cual, ante la ocurrencia del riesgo cubierto, se encuentra obligada a indemnizar la compañía aseguradora debe quedar establecido, con exactitud, en el certificado de emisión de la póliza del SOAP.

De acuerdo a las normas generales en materia de seguros toda póliza debe contener la época en que principia y concluye el riesgo para el asegurador, esto permite, mediante la especificación del tiempo durante el cual se pacta el seguro, delimitar los riesgos que asume el asegurador. La regla general en esta materia es que éstos principien a correr para las aseguradoras desde que las partes suscriben la póliza (en este caso el certificado), a menos que la Ley o las partes dispongan otra cosa.

La importancia de determinar el momento en que la compañía aseguradora asume los riesgos radica en que ocurrido el siniestro y estando celebrado el contrato, la compañía se encuentra obligada a indemnizar. En virtud de ello es que el N°8 del artículo 516 del Código de Comercio, dentro de las menciones de la póliza, señala que ésta debe contener la fecha, “con expresión de la hora”, a fin de poder determinar con exactitud el momento desde que los riesgos comienzan a correr para la compañía. Asimismo la determinación de la fecha de término de vigencia del seguro permite establecer si los riesgos caen dentro de la cobertura o quedan fuera de ella, bastando para que opere el seguro que el siniestro se inicie durante la vigencia de éste.

Una de las menciones que debe contener el certificado del SOAP, según lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 17 de la Ley 18.490, es la fecha de

inicio y de término de vigencia del seguro, este requisito que, de acuerdo a las normas generales de seguros, debe cumplir toda póliza, también se encuentra establecido para el SOAP, con la peculiaridad de que el inicio y término del seguro debe constar en un documento distinto de la póliza, cual es el certificado del seguro; esta salvedad se funda en que el único documento que las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar al contratante, como expresamente lo señala el artículo 18 de la póliza, es dicho certificado, por lo que es lógico que sea en ese documento donde se dé cuenta de la fecha de inicio y de término de la cobertura. Sin embargo, la Ley y la póliza olvidaron mencionar la necesidad de indicar la hora de su contratación, pero por la remisión expresa a las normas generales de esta materia contenida en el artículo 15 de la póliza, dicha indicación se entiende incorporada y de ella se debe dar cuenta en la póliza del seguro obligatorio que queda en poder de la compañía aseguradora.

Al mismo tiempo la Ley 18.490, en su artículo 20, prescribe como un requisito para la obtención de permisos de circulación provisorios o definitivos de vehículos motorizados la exhibición de certificado que acredite la contratación del seguro obligatorio de accidentes personales del vehículo para el cual se solicite el permiso. Agregando en su inciso segundo que el vencimiento de la póliza de este seguro no puede ser nunca anterior al término del plazo del permiso de circulación que es otorgue al respectivo vehículo.

La Ley, mediante el establecimiento de estas normas busca evitar que los vehículos que requieran de permiso de circulación para transitar por las vías públicas del país lo hagan sin el respectivo seguro obligatorio, adecuando la vigencia de éste a la de aquel permiso. Los permisos definitivos de circulación tienen una duración de un año y sus fechas de vencimiento se encuentran

ordenadas en la ley, a través del DL 3.063 de 1979 de Rentas Municipales, distinguiendo de acuerdo al tipo de vehículo.

7.2 SITUACIONES ESPECIALES CON OCASIÓN DEL SOAP.

Por su parte, la Superintendencia se ha encargado de realizar precisiones respecto de esta materia que las aseguradoras deben tener en cuenta al momento de celebrar los contratos del SOAP. Así, mediante la Circular N° 671, del 26 de Noviembre de 1986, sobre aspectos que las compañías deben considerar en la venta de estos seguros, al referirse a la vigencia señala que los aseguradores deben velar porque no se produzcan sobre posiciones en los plazos de cobertura, recomendando para ello exigir del tomador de un nuevo seguro la presentación del certificado anterior, de modo de extender el nuevo con vigencia desde la fecha de vencimiento de aquél; y, a través de la Circular N°1147, del 17 de Enero de 1994, imparte instrucciones sobre el término de vigencia del SOAP para vehículos nuevos, señalando que el término de vigencia de los seguros obligatorios respecto de estos vehículos que gestionan por primera vez el permiso de circulación deberá coincidir con el término del plazo del permiso de circulación que se otorgue al vehículo, lo que significa que la cobertura podría extenderse, por ejemplo, hasta 15, 18 o 21 meses, según sean autos particulares, vehículos de movilización colectiva o camiones adquiridos en Enero de cualquier año.

En resumen, la vigencia de este seguro debe coincidir con la de vigencia del permiso de circulación respectivo, en términos tales que la finalización de esta cobertura debe coincidir con el término de vigencia del permiso de circulación, permiso que, a excepción de los otorgados a vehículos nuevos, tienen duración de doce meses; pero como estos seguros se deben tramitar con anterioridad a la fecha

de término del permiso de circulación y para evitar la sobre posición de este tipo de seguros la fecha de inicio de la cobertura siempre va a ser posterior a la fecha de su contratación, comenzando a regir a contar de la fecha de término del seguro anterior, de lo cual se deja constancia mediante la expresión de la fecha de inicio del seguro.

Situación especial se plantea respecto de los vehículos que tramitan sus permisos de circulación en fecha posterior a la normal y que, consecuentemente, tienen una duración menor, pues su renovación debe realizarse en los meses pre establecidos en la ley, por ello el seguro obligatorio que se contrate también tendrá una vigencia inferior a un año. En estos casos, como las compañías aseguradoras establecen primas según el tipo de vehículo de que se trate calculadas para un año, aunque el plazo efectivo de vigencia de la póliza desde que se contrata hasta la respectiva renovación sea inferior a aquél por el cual se hizo el cálculo del riesgo, se mantiene el valor del seguro; situación claramente abusiva que debe corregirse.

8 CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO

De acuerdo a la legislación en materia de seguros, estos contratos pueden terminarse por distintos motivos; sin embargo, no todas estas causales pueden aplicarse al SOAP, pues expresamente la ley excluye la posibilidad de su aplicación. Estas causales podemos clasificarlas en causales normales de término y causales anormales de término, dependiendo de si el contrato se aplica por el plazo que las partes tuvieron a la vista al momento de contratar o no. A continuación analizaremos someramente cada una de ellas y nos detendremos en aquellas que, por disposición de la Ley se ven alteradas.

8.1 CAUSALES NORMALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO: SÓLO ES UNA Y SE ENCUENTRA CONSTITUIDA POR: VENCIMIENTO DEL PLAZO.

No debemos olvidar que este contrato, por definición, es limitado en el tiempo, caracterizándose porque el asegurador, a cambio del precio, asume por un determinado tiempo los riesgos que las partes estipulan. Esta causal constituye la manera normal de poner término al contrato y se produce al término de su vigencia con la llegada del día *ad quem* fijado en la póliza.

8.2 CAUSALES ANORMALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO:

Conllevan una discusión respecto de la validez y eficacia del mismo cuyo objetivo es poner término antes de su vencimiento a la relación contractual. Estas son:

8.2.1 Declaración de nulidad.

Ya sea ésta absoluta, por falta de un elemento de la esencia del contrato, o relativa, por vicios del consentimiento, requieren ser declaradas por sentencia judicial, lo que implica recurrir a dicha instancia para hacerla efectiva y que mientras ésta no sea declarada el contrato se estime como válido, corriendo los riesgos por cuenta del asegurador.

8.2.2 Ocurrencia de un siniestro que destruya íntegramente la cosa objeto del seguro.

Este es el caso de un siniestro mayor, en el SOAP si bien es cierto el objeto asegurado se encuentra constituido por todas las posibles víctimas de un accidente de tránsito razón por la cual este jamás se agota, no es menos cierto que este seguro

se singulariza y opera vinculado estrechamente al vehículo individualizado en la póliza y en el certificado, en términos tales que su destrucción total necesariamente acarrea el término del seguro contratado.

Por ello esta causal debe entenderse, más bien, como la ocurrencia de un siniestro que destruya íntegramente el vehículo asegurado.

8.2.3 **Cesación de los riesgos.**

Los riesgos asumidos por un asegurador pueden cesar o extinguirse en forma absoluta o relativamente a la persona del asegurado y ello ocurre cuando la cosa deja de estar afectada por el riesgo que fue motivo de la celebración del contrato.

Cesan absolutamente cuando el objeto del seguro deja de estar expuesto al riesgo asegurado. En el SOAP esta causal jamás se produce, pues significaría que el objeto de protección de la relación, constituido por todas las potenciales víctimas de un accidente, dejen de estar expuestas en términos absolutos al riesgo lo que en la práctica es imposible que ocurra.

Cesan relativamente los riesgos cuando la cosa asegurada deja de pertenecer al asegurado, dejando de existir interés sobre la cosa y, ello puede ocurrir por acto entre vivos o por transmisión por causa de muerte; en ambos casos nuestra legislación de seguros no otorga el carácter de contrato intuitu personae al seguro dejándolo subsistente, “a menos que conste evidentemente que el seguro fue consentido por el asegurador en consideración a la persona asegurada”.

Acorde con la regla general la Ley sobre seguro obligatorio de accidentes personales establece, en su artículo 19, que “la transferencia o transmisión de la propiedad del vehículo que haya tenido lugar dentro de la vigencia del contrato de seguro, producirá la cesión automática del seguro sin alteración de la cobertura

hasta el término de la vigencia de la póliza”, es decir, expresamente se señala que este seguro no es intuito personae.

8.2.4 **Resolución.**

Por esta causal se pone término al contrato por la declaración judicial que declara la resolución del contrato, por incumplimiento de una de las partes de las obligaciones que genera para éstas el contrato de seguro, y esto ocurre en los siguientes casos: no observancia de las obligaciones estipuladas en el artículo 13 de la póliza; agravación de los riesgos; quiebra de la compañía aseguradora o del asegurado; y no pago de la prima.

Respecto de esta última situación, es decir, de la resolución del contrato por no pago de la prima la Ley 18.490 ha expresamente señalado una excepción a la regla general en esta materia contenida en el artículo 544 del Código de Comercio; este artículo señala que con la sola notificación de la acción para poner término al contrato cesan de correr los riesgos por cuenta del asegurador, que no es otra cosa que el término de la relación aseguradora. Por su parte, el artículo 5° de la Ley ha excluido expresamente la falta de pago de la prima una causal que autorice el término anticipado del contrato, situación que analizaremos con más detalle en el punto siguiente.

8.2.5 **Quiebra de la compañía o del asegurado.**

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 559 del código de Comercio, declarada la quiebra del asegurador pendientes los riesgos, el asegurado puede solicitar la resolución del seguro exigir que el concurso afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido; estableciendo, a continuación, en el inciso segundo que esta misma opción favorece al asegurador en caso de quiebra del asegurado antes de pagarse la prima.

Si bien este es un caso de resolución que podría mencionarse en la letra anterior, hemos decidido mencionarla de manera especial pues la Ley 18.490, en su artículo 42, dispone reglas especiales para los créditos cuyo origen sea este seguro obligatorio, otorgándoles preferencias para su verificación y pago. Así, establece la calidad de crédito de la primera clase, en el quinto orden, a aquellos originados por primas no consumidas a la fecha de expiración del contrato para los asegurados cuyos seguros se encuentren vigentes a la fecha de la declaratoria de quiebra; y otorga un privilegio especial, por sobre todos los demás créditos que se verifiquen en la quiebra de una compañía(incluidos los de primera clase), a los créditos de los asegurados por indemnizaciones de siniestros ocurridos antes de la fecha de la declaratoria de quiebra cuyo pago se encuentre pendiente, debiendo pagarse con cargo a los primeros fondos del fallido de que pueda disponer el síndico sin necesidad que sus acreedores verifiquen previamente en la quiebra.

8.2.6 **Resciliación.**

Aquella en que las partes se ponen de acuerdo, dando por terminado el contrato de seguro. Esta causal de término anticipado del contrato también ha sido excluida expresamente por la Ley del seguro obligatorio de accidentes personales que, a continuación, analizaremos.

8.3 **REGLAS ESPECIALES CONTENIDAS EN LA LEY 18.490**

El artículo 5° de la Ley citada se encarga de enfatizar categóricamente que este seguro no se puede resolver por falta de pago de la prima, ni dejarse sin efecto

anticipadamente por mutuo acuerdo de las partes. Agregando que sólo puede darse por terminado el contrato anticipadamente en virtud de sentencia judicial ejecutoriada que así lo declare.

Ciertamente motivos de interés público, relativos a la protección de las víctimas de accidentes de tránsito, ha tenido presente el legislador para consagrar estas excepciones a las reglas generales de seguros privados.

8.3.1 Situación de morosidad en el pago de la prima.

En cuanto a la primera situación, en el SOAP es muy difícil que el pago de la prima no se realice en el momento de la celebración del contrato, en la póliza nada se dice en cuanto a la época y modalidad de su pago, por lo que, a falta de estipulación, se aplica lo dispuesto en el artículo 543 del Código de Comercio que señala que debe ser pagada en dinero y es exigible desde que el asegurador empieza a correr los riesgos, por ello es que ésta se paga al momento de contratar, coetáneamente con la emisión y entrega del certificado del seguro.

Pese a ello el legislador prefirió excluir expresamente esta causal de término anticipado del contrato a objeto de evitar que los aseguradores alegaran la falta de pago como una excepción de contrato no cumplido para excusarse del cumplimiento de su obligación de indemnizar, en caso de producirse un siniestro durante la vigencia del SOAP. No se debe olvidar que, según el artículo 1552 del Código Civil “en los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos”.

Además creemos esta norma se dictó, principalmente, para dejar expresamente excluida la posibilidad de que los aseguradores establecieran en el contrato alguna cláusula de resolución *ispo facto* por no pago de la prima en la

oportunidad acordada, pues es de común ocurrencia que las compañías establezcan cláusulas de caducidad por falta de pago de las primas⁸⁴

8.3.2 **Exclusión de la resciliación como causal de término del contrato.**

La segunda situación prevista en el artículo 5° excluye la posibilidad de que las partes, por mutuo acuerdo, pongan término al contrato, haciendo una clara excepción a lo establecido en el artículo 1567 del Código Civil que establece la situación de la resciliación.

8.3.3 **Acción de término anticipado del seguro.**

Finalmente el artículo 5° de la ley establece que “sólo por sentencia judicial ejecutoriada se podrá poner término al contrato antes de la fecha de su vencimiento”.

Por su parte, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo citado, el artículo 14 de la póliza prescribe que en caso de incumplimiento del propietario o del conductor del vehículo asegurado de cualquiera de las obligaciones señaladas en el artículo 13 el asegurador podrá solicitar judicialmente el término anticipado del contrato y la indemnización de perjuicios.

- **Aspectos relevantes de la acción de terminación anticipada del SOAP:**

i. *Tribunal competente.*

⁸⁴Basta tomar al azar dos pólizas de compañías aseguradoras de distintos grupos para comprobar que el establecimiento de estas cláusulas es de aplicación generalizada; por ejemplo, en las condiciones generales de la póliza del seguro de vida ofrecida por compañía de seguros de vida la Chilena Consolidada, cuyo modelo fue aprobado por la Superintendencia de Valores y Seguros, según Circular N° 1482, de fecha 22 de Febrero de 1979, se establece en la letra c) del artículo 6°: “*Caducidad por falta de Pago de Primas: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza caducará inmediatamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno; quedando el Asegurador libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza, a excepción de los derechos y beneficios que pudieran corresponderle al Contratante de acuerdo con los artículos 7°, 8° y 9° de esta condiciones generales*”. Por su parte, en la póliza de seguro para vehículos motorizados de la compañía de seguros del primer grupo La Previsión, inscrita en el registro de Pólizas bajo el código POL 1 92 120, se establece el término inmediato del seguro no pago de la prima estipulada, de este modo el artículo 26 señala que “*La compañía podrá, en el evento de la mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, reajustes*

El artículo 19 de la póliza establece que “todas las dudas y dificultades que se susciten entre el asegurador y el propietario del vehículo asegurado, su conductor o las personas amparadas por esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de las condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un arbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes” y, que a falta de acuerdo sobre la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria. No obstante lo anterior, el asegurado o el beneficiarios pueden en cualquier momento, por sí solo, someter dichos asuntos al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros.

En otras palabras se establece un arbitraje forzoso para solucionar todos los problemas que se originen en el SOAP, siendo competente el tribunal del domicilio de la ciudad en que se expide el certificado de cobertura.

ii. *Causales por las cuales procede.*

Esta acción procede en los casos de incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del asegurador o del tomador, comprendiendo en este caso, especialmente, las obligaciones propias del conductor establecidas en el artículo 13 de la póliza.

iii. *Titulares de la acción.*

Puede ejercerla cada una de las partes contratantes del seguro, es decir, el asegurador y el tomador.

iv. *Situación de las víctimas en caso de producirse un siniestro en el tiempo intermedio entre la interposición de la acción y la sentencia ejecutoriada que declare el término anticipado del contrato.*

o intereses declarar resuelto el contrato La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince

La interposición de esta acción no afecta la validez del contrato y, por ello, las obligaciones de las partes siguen plenamente vigentes, de manera que la compañía sigue asumiendo los riesgos y debe indemnizar en caso de producirse un riesgo cubierto por el SOAP. El artículo 5° de la Ley señala expresamente que sólo por sentencia judicial ejecutoriada se puede poner término anticipado al contrato, es decir, mientras no exista cosa juzgada que reconozca el término del contrato éste sigue plenamente vigente para las partes, produciendo sus efectos, siendo uno de ellos la obligación de indemnizar a las víctimas en caso de producirse el siniestro durante el periodo intermedio, el propio artículo 10 de la Ley señala que las víctimas y sus beneficiarios en las acciones que tienen contra la aseguradora no le serán oponibles las excepciones que la compañía pueda alegar contra el tomador del seguro que se basen en circunstancias imputables a éste, como lo es el incumplimiento de las obligaciones del artículo 13 de la póliza.

v. *Efectos del término anticipado del contrato por incumplimiento de las obligaciones contractuales.*

Cualquiera sea la parte que ejerza la acción, los efectos de la resolución del contrato serán a futuro, por lo que los derechos y obligaciones cumplidos con anterioridad no se ven afectados.

CAPITULO IV

OBLIGACIONES Y CARGAS DERIVADAS DEL SOAP

1 OBLIGACIONES Y CARGAS

Si bien nuestra legislación no distingue entre obligaciones y cargas ni proporciona una definición de estas últimas, nada prohíbe, que se estructuren determinados deberes como cargas.

Todo contrato genera derechos y obligaciones correlativas entre las partes; ello significa que el derecho de una persona es la obligación de la otra en términos que la primera puede compeler a la otra el cumplimiento de la obligación para obtener la observancia de su derecho. Siendo el seguro un contrato surgen para las partes derechos y obligaciones que es del caso analizar, para el tomador la principal obligación es la de pagar la prima y para el asegurador sus obligaciones con la de asumir el riesgo y la de pagar la indemnización en caso de verificarse el siniestro; pero en este tipo de contrato no todos los deberes están estructurados como obligaciones sino que muchos de ellos se han creado como cargas (deberes para la obtención del propio interés) y como, además, intervienen personas distintas de las partes, quienes se ven afectadas y beneficiadas por esta convención es del caso analizar la situación en que éstas y aquéllas se encuentran y las actuaciones que deben realizar para obtener el pago de las indemnizaciones que les pueden favorecer, que se estructuran como cargas que deben soportar.

Las obligaciones se definen como el vínculo jurídico que coloca a una persona en la necesidad de dar, hacer o no hacer algo a favor de otra, es decir, el obligado lo está frente a una determinada persona que puede exigir el cumplimiento de manera compulsiva; pues tiene un derecho subjetivo que le proporciona acciones para resguardar sus intereses. A su vez, de este derecho emanan acciones para exigir su observancia y, si aquél emana de un contrato, se puede pedir en caso de negativa del obligado el cumplimiento forzado o la resolución del contrato y, en ambos casos, la indemnización de perjuicios que ello le causare

Por su parte, las cargas se definen como los deberes impuestos a un sujeto para la obtención de un beneficio, cuya observancia es necesaria si se quiere lograr un determinado resultado y cuya transgresión provoca la pérdida o menoscabo de este resultado.

En definitiva, lo que distingue las cargas de las obligaciones es la ausencia de un derecho para otro como contrapartida, quien puede exigir el cumplimiento y obtiene el beneficio; en cambio, en las cargas no existe el derecho de otra persona como contrapartida y la observancia de la exigencia se traduce en beneficios directos para quien la cumple.

Por lo expresado anteriormente para analizar las obligaciones y cargas que surgen de los contratos de seguro es necesario distinguir entre las distintas personas que pueden intervenir y verse afectadas por esta convención. En el SOAP ellas son: el asegurador, el tomador (partes del contrato), las víctimas y los beneficiarios.

El asegurador en el SOAP, como en todo seguro, asume principalmente la obligación de indemnizar en caso de siniestro, pues frente a este deber contractual,

las víctimas (asegurados) o sus beneficiarios, quienes no son, necesariamente, partes originarias del contrato tienen un derecho subjetivo y, por tanto, una acción para cobrar las indemnizaciones correspondientes. Sin embargo, las víctimas o sus beneficiarios deben cumplir todas las formalidades prescritas en la ley para obtener la indemnización, es decir, deben cumplir con un deber que tutela su propio interés, cuya inobservancia les provoca la pérdida o menoscabo de su derecho a percibir la indemnización.

En consecuencia, las víctimas o sus beneficiarios tienen un derecho subjetivo supeditado a una carga contractual. En efecto, el artículo 10 de la Ley 18.490 señala que estas personas tienen acción contra el asegurador, es decir, un derecho subjetivo para la cobertura de los accidentes personales; pero, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30, para obtener el pago de las indemnizaciones deben presentar una serie de documentos para acreditar la ocurrencia del siniestro y la calidad de beneficiario, en su caso, exigencias constituidas como cargas, pues la no observancia de estas exigencias merma en el propio interés.

Por su parte, el tomador del seguro está sujeto a una serie de deberes contractuales señalados en la póliza tales como, pagar la prima en la época y forma convenida, comunicar al asegurador la transferencia del vehículo y no agravar los riesgos, deberes que si son infringidos autorizan a la compañía aseguradora a solicitar la terminación anticipada del contrato y una eventual regulación de los perjuicios.

Esto significa que el tomador tiene respecto del asegurador determinadas obligaciones y no cargas contractuales, puesto que su inobservancia hace surgir un derecho subjetivo para el asegurador que consiste en la posibilidad de que el asegurador solicite judicialmente la terminación anticipada del contrato y la

indemnización de los perjuicios ocasionados por ello, es decir, se está frente a un deber impuesto al tomador para la tutela de un interés de otra persona, el asegurador.

No obstante lo anterior el seguro obligatorio de accidentes personales presenta una situación excepcional respecto de la legislación de seguros, pues limita los derechos subjetivos del asegurador que, en otro caso podría haber hecho valer. En el SOAP, por mandato expreso de la ley, el asegurador frente a la inobservancia de las obligaciones contractuales del tomador del seguro sólo está facultado para solicitar judicialmente su terminación anticipada, no pudiendo alegar frente al asegurado ocurrido que sea el siniestro, excepcionándose del pago de las indemnizaciones, ningún hecho o circunstancia relativos al incumplimiento de deberes contractuales por parte del tomador (artículo 10 de la Ley 18.490).

Pero hubiere sido injusto que el legislador por solucionar un problema de significación social, cual es que las víctimas del accidente sean siempre indemnizadas con la sola acreditación del riesgo, sin importar ni dejar que influya la situación contractual interna de las partes, hubiera dejado al asegurador sin la posibilidad de hacer responsable al tomador de las culpas contractuales que, en otro caso, habrían facultado a la compañía aseguradora excusarse del pago el siniestro. Ello inspira la norma del artículo 11 que establece la acción de reembolso o de repetición de la compañía contra el tomador, en términos que “el asegurador podrá repetir contra el tomador del seguro por cualquier cantidad que haya debido abonar como indemnización en los términos de esta Ley, cuando concurren circunstancias que digan relación con la eficacia del contrato de seguro o con el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el tomador que, en otro caso, habrían autorizado al asegurador para no pagar la respectiva indemnización.

2 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

En general, se acostumbra a clasificar las obligaciones del asegurado (cuando coincide con la persona del tomador) en aquellas que deben cumplirse al tiempo de celebrar el contrato, las que deben cumplirse durante su vigencia y, finalmente, las que deben cumplirse al producirse el siniestro.

El título Cuarto de la póliza trata estas obligaciones de manera especial y sistematizando lo ya prescrito por la Ley 18.490, estableciéndolos en los artículos 13 y 14. Este título denominado “De las obligaciones del asegurado”, merece varias observaciones: en primer lugar, la denominación no es exacta ya que más bien regula las obligaciones del tomador del seguro, quien en la práctica puede o no ser la persona del asegurado en cuanto este sujeto sólo se determina al momento de verificarse el siniestro; en segundo lugar, habla del propietario asimilándolo al tomador, que no necesariamente son la misma persona; y, en tercer lugar, establece obligaciones propias del conductor del vehículo que se hacen extensivas al propietario del vehículo.

Analizaremos, a continuación, las diversas obligaciones del tomador en durante la vigencia del contrato.

2.1 OBLIGACIONES AL TIEMPO DE CONTRATAR EL SEGURO

2.1.1 Declarar sinceramente al asegurador todas las circunstancias necesarias para identificar al vehículo asegurado y apreciar la extensión de los riesgos.

Entendiéndose por tal todos aquellos datos que razonablemente sean necesarios para que la compañía pueda decidir si asume la cobertura y determinar la prima que cobrará.

Esta obligación se encontraba prescrita en la letra a) del artículo 13 de la antigua póliza del SOAP, regulada en la Circular 581 derogada por la Circular 1462, dictada el 28 de Diciembre de 1999, de la Superintendencia de Valores y Seguros; sin embargo, como de acuerdo al artículo 15 de la póliza se aplican a este contrato las normas de los contratos de seguros se debe aplicar lo prescrito en el N°1 del artículo 556 del Código de Comercio que establece como una de las obligaciones del asegurado, lo que en doctrina se denomina deber de sinceridad.

Señalaba la norma actualmente derogada que se entendían por circunstancias necesarias para identificar al vehículo asegurado y apreciar la extensión de los riesgos todos los datos que “razonablemente” sean necesarios para que la compañía decida, primero, si asume o no el riesgo y, segundo, en el evento de asumirlo, determinar el valor de la prima.

En el comercio de estos seguros es raro que una compañía se niegue a dar cobertura a un determinado vehículo que lo requiera, a menos que por una política interna de la empresa se decida excluir algún tipo de vehículo. Los aseguradores para decidir cubrir el riesgo cubierto por el SOAP y determinar la prima a cobrar no toman en consideración antecedentes como la marca, año de fabricación, estado mecánico y de carrocería, valor comercial, etcétera, porque la naturaleza del riesgo que asumen y la posibilidad de ocurrencia de los siniestros no están directamente relacionadas con estas circunstancias. Obviamente un vehículo más moderno tendrá tecnologías más avanzadas que lo harán más seguro y fácil de maniobrar en situaciones de peligro disminuyendo la posibilidad de accidentes y que, en caso de

ocurrir, principalmente, las transportadas sufran el mínimo de lesiones; pero, por otro lado, esos vehículos más modernos pueden conducirse a mayor velocidad, lo que aumenta la posibilidad de accidentes; por estas razones se estima que estas circunstancias no sirven para delimitar el riesgo cubierto.

En cambio, es mucho más relevante para ello la circunstancia de distinguir la capacidad para transportar personas que éste tenga o el destino o uso que se le dé. Un vehículo de transporte de pasajeros, como microbuses, taxibuses, taxis y colectivos en la medida que, circulan durante todo el día por vías de acceso público con miles de pasajeros, crean un altísimo riesgo y están más expuestos a ser partícipes de un accidente de tránsito. Asimismo en la circulación de motocicletas, si bien tienen una capacidad para transportar personas muy restringida, el riesgo de que producto del accidente el conductor y su acompañante sufran lesiones graves o muerte es mucho mayor que en cualquier otro vehículo.

Por estas razones todas las propuestas efectuadas por los tomadores del seguro son aceptadas por las compañías aseguradoras en la medida que se trate de vehículos que por ley estén obligados a asegurarse y que el vehículo en cuestión no se encuentre excluido de cobertura por una política de la compañía, quien libremente puede discriminar eligiendo pues la ley no la obliga a contratar.

En la práctica se cumple este requisito por parte del tomador del seguro y la compañía se tiene por suficientemente informada exhibiendo determinados documentos del vehículo como: el Certificado de anotaciones vigentes del Registro nacional de Vehículos Motorizados del Servicio de Registro Civil e Identificación y el Certificado de Revisión Técnica vigente; a través de los cuales el asegurador se informa de las características generales del objeto, su marca, modelo, color, año de fabricación, número de motor y chasis. Siendo relevante en este aspecto el tipo

de vehículo de que se trata, es decir, si es un bus, taxibus, taxi, colectivo, automóvil, camioneta, station wagon, furgón, jeep, ambulancia, etc.

Esta obligación es infringida tanto cuando el tomador proporciona información falsa o errónea como cuando omite información necesaria y, de acuerdo a las normas generales en materia de seguros, hacen el contrato susceptible de dejarse sin efecto por rescisión (debe entenderse resolución) de acuerdo a lo prescrito en el N°1 del artículo 557 del Código de Comercio en la medida que esa información falsa o esa reticencia pudieran haber retraído a la compañía de la celebración del contrato o hubieran producido alguna modificación sustancial en sus condiciones.

2.1.2 Pagar la prima en la forma y época convenida.

Este pago es único y, aunque la ley otorga libertad a las partes para que convengan la forma y fecha del pago, en la práctica se realiza al momento de adquirir el respectivo seguro, oportunidad en que la compañía aseguradora emite el certificado.

En esta materia y a propósito del pago de la prima, la Ley 18.490 modifica la legislación común al señalar, en su artículo 5°, que estos contratos regirán por todo el plazo de vigencia señalado en el certificado, no pudiendo resolverse por la falta de pago de la prima, excluyéndola expresamente como una de las causas que autorizan el término anticipado del contrato. En otras palabras, si las partes hubieran convenido el pago para una fecha posterior a la de la celebración de la convención o si hubieran pactado cuotas y el asegurado no diera fiel cumplimiento a la obligación de pagar en el tiempo y forma convenida el asegurador no podría solicitar la resolución anticipada por esta causa, que sería la regla general en esta

materia, aplicando la condición resolutoria tácita envuelta en todo contrato bilateral, contenida en el artículo 544 del Código de Comercio.

Esta obligación se encontraba expresamente establecida en la letra b) del artículo 13 de la Circular 581 de la Superintendencia, sustituida por la Circular 1462 que omite en su articulado mención a esta obligación, pero en cuanto las normas de la contratación de seguros se aplican a este seguro obligatorio debe tenerse por incorporado a este contrato lo dispuesto en el N°2 del artículo 556 del Código de Comercio, que no es otra cosa que el establecimiento de la obligación en comento.

2.2 OBLIGACIONES DURANTE LA VIGENCIA DEL SOAP

2.2.1 No agravar el riesgo asumido por el asegurador sin el consentimiento de éste.

Esta obligación es aplicación de la obligación de no variar las circunstancias que se hayan tenido en vista para estimar el riesgo, establecida en el artículo 538 del Código de Comercio, pues esta estimación es fundamental al momento de determinar el valor de la prima.

En el caso del SOAP constituiría un agravación de los riesgos dar al vehículo un uso distinto al que fue considerado por el asegurador al momento de suscribir la póliza; como sería el caso de convertir un automóvil particular en un taxi o taxi-colectivo. En este caso como en cualquier otro en que se produzca una agravación de los riesgos por la variación o modificación de las circunstancias tenidas en vista al momento de contratar, sin el consentimiento de la compañía aseguradora, la aseguradora podría poner término anticipadamente al contrato solicitando se tenga por resuelto, en la medida que no exista acuerdo entre las

partes de persistir en él y pagando el tomador una prima más alta. Indudablemente en los ejemplos expuestos el asegurador está asumiendo un riesgo más alto del presupuestado inicialmente, lo cual es fundamento suficiente para impetrar la respectiva acción de terminación anticipada, fundada en lo dispuesto en el N°2 del artículo 557 del Código de Comercio, y de indemnización de perjuicios.

2.2.2 “Emplear tanto él (tomador) o el conductor del vehículo, la debida diligencia y cuidado para prevenir la ocurrencia de siniestros e impedir que el vehículo asegurado sea manejado por una persona que no posea licencia o autorización competente para conducir.”⁸⁵

En esta materia se ha seguido la norma general en seguros que prescribe como una de las obligaciones del asegurado “emplear todo el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro”(artículo 556 N°3 del Código de Comercio).

La obligación de prevenir la ocurrencia de los siniestros previstos se traduce, en general, en el deber de realizar una conducción prudente y respetuosa de la normativa del tránsito, y, por ser este un contrato que redundará en beneficios para ambas partes, el tomador y el conductor son responsables en su actuar hasta de culpa leve.

Además ambos están obligados, en forma especial, a impedir que el vehículo asegurado sea conducido por una persona que no posea licencia o autorización idónea para conducirlo.

La infracción de disposiciones contenidas en la Ley de Tránsito, tales como conducir un vehículo sin licencia de conducir o con licencia inadecuada para el tipo de vehículo que se maneja constituyen infracciones gravísimas y graves,

⁸⁵ ARTÍCULO 13 Letra a) de la Póliza.

respectivamente, así como también constituye una infracción grave por parte del propietario de un vehículo permitir que su vehículo sea conducido por persona que carezca de licencia de conducir o de licencia apropiada. Estas infracciones a la Ley de Tránsito generan responsabilidades extracontractuales tanto para el tomador del seguro (quien es generalmente el propietario del vehículo) como para el conductor del mismo, cuya fuente es la ley. Al mismo tiempo que se configura responsabilidad contractual exclusivamente para el tomador del seguro por su propia falta de diligencia y por la del conductor, por quien también responde frente al asegurador., cuya fuente es el contrato del seguro obligatorio de accidentes personales contenido en la Ley 18.490.

La falta de observancia en el cumplimiento de esta obligación por parte del propietario o del conductor del vehículo autoriza a la compañía aseguradora a solicitar la terminación anticipada del contrato, con indemnización de perjuicios, ante Tribunal competente, según lo señala el artículo 14 de la póliza de este seguro.

Pese a lo anterior es muy difícil para el asegurador tomar conocimiento, antes de la ocurrencia del siniestro, que el tomador no está cumpliendo con esta obligación, por lo cual deberá invocar la infracción a esta obligación luego de verificado el siniestro y con anterioridad al pago de las indemnizaciones que se originen por la verificación del riesgo cubierto.

2.2.3 Comunicar oportunamente al asegurador la transferencia o transmisión de la propiedad del vehículo.

Esta obligación se encuentra establecida en el artículo 19 de la Ley 18.490, que, en cuanto a la oportunidad en que debe realizarse la comunicación dispone que debe verificarse dentro del plazo de cinco días desde ocurrido el hecho en que

se produjo la traslación de la propiedad del vehículo sea por acto entre vivos o por sucesión por causa de muerte. Ello porque toda transferencia o transmisión de la propiedad durante la vigencia del contrato produce la cesión automática del seguro sin alteración de la cobertura y, de acuerdo al artículo 4° de la Ley, se considera como tomador del seguro al propietario o a las personas a quienes durante su vigencia se les haya transferido o transmitido.

En el antiguo modelo de póliza de este seguro esta obligación se encontraba expresamente incluida en la letra g) del artículo 13 en el título de las obligaciones del asegurado, de tal manera que, conforme a lo establecido en el artículo 14 de la póliza, su infracción autorizaba al asegurador a impetrar la acción de terminación anticipada del contrato, pero como en el nuevo modelo de póliza se omitió esta obligación quedando solamente establecida en la Ley sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados, hoy en día su inobservancia carece de sanción.

2.3 OBLIGACIONES AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO

2.3.1 **“Poner oportunamente en conocimiento del asegurador la ocurrencia de un accidente en que hubiere participado el vehículo asegurado o un hecho que pueda dar origen a alguna responsabilidad del asegurador. Esta obligación también pesará sobre el conductor del vehículo al momento del siniestro.”**⁸⁶

Esta misma obligación está contemplada en el inciso primero del artículo 8° de la ley 18.490, detallando la manera como se debe efectuar esta comunicación y el plazo, señalando que el conductor o el propietario deben dar aviso por escrito a

⁸⁶ ARTÍCULO 13 Letra c) de la Póliza.

la entidad aseguradora dentro del quinto día contado desde que tenga noticia del accidente, salvo caso de impedimento debidamente justificado.

Cabe destacar la necesidad de que tal aviso al asegurador debe ser por escrito; ello es acorde también con lo dispuesto en el artículo 17 de la póliza el cual dispone, para la eficacia del contrato, que todas las comunicaciones entre la compañía y el propietario del vehículo asegurado, su conductor o las personas amparadas por esta póliza deben hacerse por escrito, mediante carta certificada u otra forma que acredite fehacientemente su recepción.

El incumplimiento de esta obligación, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 14 de la póliza, autoriza a la compañía aseguradora a solicitar el término anticipado del contrato con indemnización de perjuicios.

2.3.2 En caso de siniestro, él o el conductor del vehículo asegurado deberá dejar inmediata constancia en la unidad policial más cercana, de todo accidente en que participe el vehículo asegurado, exhibiendo el certificado de seguro correspondiente, salvo caso de imposibilidad física debidamente justificada.⁸⁷

La importancia de la exhibición del certificado de seguro radica en que el parte que Carabineros de Chile remite al Tribunal competente debe consignar si los vehículos participantes del accidente contaban o no con este seguro y si éste se encontraba vigente al momento del accidente, constituyendo un trámite fundamental para el posterior cobro de las posibles indemnizaciones.

La Ley del Tránsito, en su artículo 173, impone esta obligación a los participantes en un accidente de tránsito, presumiendo la culpabilidad del o de los que no lo hicieran o abandonaran el lugar del accidente. Por su parte, el artículo

⁸⁷ ARTÍCULO 13° Letra b) de la Póliza y Artículo 8° de la Ley N° 18.490.

183 del mismo cuerpo legal obliga al conductor de un vehículo que participe en los hechos constitutivos de un accidente de tránsito a detener su marcha, prestar la ayuda que fuese necesaria y dar cuenta a la autoridad más cercana; estableciendo una presunción de culpabilidad respecto de quien no lo hace y abandona el lugar del accidente.

El incumplimiento de esta obligación perjudica a la compañía aseguradora pues no le permite tomar las medidas para conocer y circunscribir las consecuencias dañosas del siniestro y evitar el cobro de indemnizaciones por daños o incremento de éstos que no tienen como causa directa o precisa el siniestro cubierto. Este incumplimiento, al igual que todo incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 13 de la póliza, autoriza al asegurador para impetrar la acción de término anticipado del contrato.

2.3.3 Poner oportunamente en conocimiento de la compañía aseguradora todos los avisos, citaciones, cartas, notificaciones o cualesquiera otra comunicación que reciba o de que tome conocimiento en relación con un accidente en que hubiere participado el vehículo asegurado o con un hecho que pueda dar origen a alguna responsabilidad del asegurador.⁸⁸

Esta exigencia tiene como fundamento la necesidad de que el asegurador tome conocimiento de los procesos judiciales iniciados con ocasión de un accidente de tránsito en que haya participado el vehículo asegurado, en los cuales podrá hacerse parte pues tiene interés en los mismos.

Nótese que no se exige al propietario (tomador) ni al conductor del vehículo que otorguen patrocinio y poder en los juicios a algún abogado de la compañía aseguradora para que los represente y más bien represente los intereses del

⁸⁸ LEY N° 18.490, Artículo 8°, inciso segundo.

asegurador en el juicio. Ello es lógico, pues propietario y conductor no tienen, necesariamente, los mismos intereses que la compañía aseguradora e incluso se puede decir que éstos son divergentes. En efecto, en caso que las víctimas del accidente de tránsito sean el propietario o el conductor del vehículo asegurado desearán que, por lo menos, la compañía con quien contrataron el SOAP los indemnice, y, en cambio, a ésta le interesará encuadrar el accidente y sus resultados en alguno de los casos de exclusión del artículo 34 de la Ley y pretender excusarse del pago de las indemnizaciones.

El incumplimiento de esta obligación, al igual que en las demás obligaciones establecidas en el artículo 13 de la póliza, dan acción al asegurador para solicitar judicialmente el término anticipado del contrato y la indemnización de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiera originado.

3 CARGAS DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS EN EL SOAP

Recordemos que en el SOAP la persona del asegurado se encuentra constituida por la o las víctimas de un accidente de tránsito en que participa o interviene un vehículo que cuenta con seguro vigente, que puede ser o no la persona transportada él al momento del accidente, con la condición de resultar muerta o lesionada como consecuencia directa y precisa del mismo accidente.

Si la víctima resulta ser el propietario del vehículo, deberá cumplir todas las obligaciones señaladas precedentemente, pues reúne las calidades de tomador del seguro y de asegurado. En cambio, si resulta ser la víctima el conductor no

propietario sólo debe cumplir algunas de las obligaciones antedichas, exceptuándose las señaladas en los números 1 y 2 de la letra a) y 3 de la letra b) que no le son exigibles.

3.1 CARGAS DEL ASEGURADO

En cuanto a las cargas del asegurado, se pueden resumir en una sola, probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador, como contrapartida al asegurador le corresponde acreditar que el siniestro ha sido causado por un accidente que no le constituye responsable de sus consecuencias, según la convención o la ley.

Esta carga del asegurado se traduce en que la necesidad de acreditar el cumplimiento de todos los requisitos que hacen procedente el pago de las respectivas indemnizaciones, que en la práctica se traduce en la presentación de determinados documentos, especialmente los señalados en el artículo 30 de la Ley 18.490 y en los artículos 6, 7 y 8 de la póliza que analizaremos en su oportunidad.

Este deber se encuentra constituido como una carga, pues ha sido impuesto para la tutela de su propio interés y su inobservancia provoca la pérdida o menoscabo de su derecho a la indemnización.

3.2 CARGAS DEL BENEFICIARIO

Constituida esta carga por el deber de los beneficiarios de las víctimas de acreditar, además de los requisitos que hacen procedente el pago de la indemnización, la relación de parentesco o su calidad de heredero con las víctimas

que los habilitan para percibir la indemnización, acreditando que no existen beneficiarios con mayor prioridad que él para el pago del seguro, de acuerdo al orden de precedencia, o que para su cobro cuenta con la autorización de ellos.

4 OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Las obligaciones de la compañía aseguradora en el SOAP son tres, asunción del riesgo cubierto por un tiempo determinado, emitir el certificado que acredita la contratación del seguro y indemnizar a la o las víctimas si se verifica un siniestro.

4.1 ASUNCIÓN DEL RIESGO

Esta obligación es la que caracteriza y define a los contratos de seguros y nace pura y simplemente desde que la compañía aseguradora suscribe la póliza o certificado, desde ese momento los riesgos de lesiones corporales o muerte causados en accidentes de tránsito en que haya intervenido el vehículo asegurado, en las condiciones previstas por este contrato, son de cargo del asegurador, quedando obligado al pago de las indemnizaciones correspondientes si uno o más siniestros se producen durante la vigencia del seguro.

4.2 EMISIÓN DEL CERTIFICADO

Esta obligación se encuentra establecida en los artículos 17 de la Ley 18.490 y 18 de la póliza, este documento tiene por objeto acreditar la contratación de este seguro y debe entregarse uno por cada vehículo asegurado al momento de celebrar

el contrato; más aún, todo vehículo motorizado que circule por las vías públicas debe portar este certificado que puede ser exigido por Carabineros de Chile en cualquier momento, constituyendo una falta no llevar este documento junto a la documentación del vehículo.

Este certificado que es el único documento mediante el cual se puede acreditar que un vehículo cuenta con este seguro, se considera “como prueba suficiente de la contratación del seguro obligatorio”⁸⁹. Sustituye a la póliza que se entrega en los demás seguros a los asegurados y las compañías aseguradoras sólo están obligadas a hacer entrega del certificado, de acuerdo a lo prescrito en inciso primero del artículo 18 de la póliza.

Su forma y contenido ha sido fijada, en cumplimiento del mandato legal, por la Superintendencia de Valores y Seguros, en las Circulares N°1459 y 671, dictadas con fecha 3 de Diciembre del año 1999 y 19 de Diciembre del año 1986 respectivamente, encargándose de indicar el tamaño, color, color y tamaño de las letras, contenido, leyendas del certificado y sello de seguridad.

El inciso segundo del artículo 17 de la Ley señala las menciones obligatorias de todo certificado y las circulares mencionadas se han ocupado de precisar este contenido a objeto de su cumplimiento. Las menciones de toda póliza son:

4.2.1 **Individualización del vehículo:**

Para su correcta individualización debe señalarse número de inscripción que éste tenga en el Registro de Vehículos Motorizados del Servicio de Registro Civil e Identificación; tipo de vehículo de que se trata (automóvil, camioneta, jeep, station wagon, motocicleta, taxi, taxi-colectivo, microbus, bus); marca; modelo; año de fabricación; número de motor. Estos datos deben consignarse con los

⁸⁹ LEY 18.490, artículo 17°, inciso final

mismos números y caracteres con que aparecen en el Certificado de Inscripción en el Registro de Vehículos Motorizados, especialmente los que se refieren a marca, modelo y número de inscripción. Para tal efecto debe solicitarse al contratante del seguro, al momento de la contratación, el mencionado certificado de inscripción.

4.2.2 Nombre del tomador del seguro:

Pese a que, como ya hemos dicho, la persona que contrata el seguro puede ser persona distinta del propietario del vehículo, la Superintendencia al regular esta materia sólo exige que se indique el nombre y RUT del propietario del vehículo asegurado, datos que se obtiene del Certificado de Inscripción del vehículo. De esta manera no queda constancia de la persona que realmente toma el seguro, con los perjuicios que ello conlleva.

4.2.3 Nombre de la entidad aseguradora:

La identificación de la compañía debe incluir, al menos, su nombre, dirección y teléfono.

4.2.4 Número de póliza.

4.2.5 Inicio y término de vigencia del seguro:

Estas fechas se deben indicar haciendo uso de la numeración completa de los años, es decir, no se podrán usar abreviaturas para indicar el año, debiendo velar las compañías porque no se produzcan superposiciones en los plazos de cobertura entre el seguro; para ello éstas exigen la presentación del certificado anterior, al momento de la contratación, y teniéndolo a la vista extienden el nuevo certificado con vigencia desde la fecha de terminación de aquél. También la Ley prescribe que “el vencimiento de la póliza no podrá ser nunca anterior al término del plazo del

permiso de circulación que se otorgue al respectivo vehículo”, que para el caso de los vehículos nuevos respecto de los cuales se gestione por primera vez el permiso de circulación, debe coincidir el término de la vigencia del seguro con el término del plazo del permiso de circulación que se otorgue al respectivo vehículo; lo anterior significa que la cobertura del seguro en este caso puede extenderse, por ejemplo, a 15, 18 o 21 meses, según se trate, respectivamente, de autos particulares, vehículos de movilización colectiva o camiones adquiridos en enero de cualquier año.

4.2.6 Firma de apoderado del asegurador que haya emitido el seguro:

Significa que tanto los vendedores directos de las compañías como los corredores de seguros para firmar válidamente el certificado de un seguro vendido, deben tener poder para ello otorgado por la compañía.

Se excluye expresamente a las entidades bancarias del comercio de este seguro, aún en calidad de apoderados de las sociedades aseguradoras, señalando la Superintendencia, en la Circular N° 671 del 19 de Diciembre de 1986, que éstas sólo pueden actuar como recaudadoras de primas.

Finalmente, se establece que las compañías deben otorgar, junto al certificado original, duplicado del mismo a objeto de ser presentado en la Municipalidad correspondiente, junto a la documentación necesaria para obtener el permiso de circulación; y que, en caso de hurto, robo o inutilización del certificado, la compañía debe expedir, a solicitud del propietario del vehículo, duplicado del mismo a costa del solicitante.

4.3 INDEMNIZAR

4.3.1 Naturaleza de esta obligación.

Siendo El SOAP un contrato, los derechos y obligaciones que nacen de él son contractuales y no legales. En efecto, tanto el asegurador, como el tomador y las víctimas o sus beneficiarios invocarán el contrato como fuente de las obligaciones, por tanto la obligación de indemnizar producido que sea el siniestro tiene como fuente el contrato y no la ley.

Lo anterior no obsta a que la Ley haya regulado íntegramente el contrato, modificando los efectos normales de todo contrato bilateral y socavando la autonomía de la voluntad al punto que sólo existe libertad para elegir al asegurador con quien tomar el seguro y para determinar el monto de la prima a pagar.

Además, al igual que el resto de los seguros privados es una obligación condicional, se encuentra sujeta a la condición suspensiva que consiste en el hecho futuro, incierto y positivo de verificarse el riesgo cubierto. Se traduce en que una vez que ocurre el siniestro el asegurador debe indemnizar a la o las víctimas del accidente o a sus beneficiarios en la forma establecida en el contrato y de acuerdo a lo que esta ley dispone.

4.3.2 Requisitos de procedencia de la indemnización.

Para que la compañía aseguradora se encuentre obligada a pagar las indemnizaciones previstas en este contrato, es necesaria la concurrencia copulativa de los siguientes requisitos: Que el siniestro esté constituido por alguno de los riesgos cubiertos por la póliza; que el siniestro ocurra durante la vigencia del SOAP, que no sea de aquellos expresamente excluidos de cobertura, correspondiendo acreditarlos a la víctima o a sus beneficiarios, con los documentos y dentro de los plazos que el contrato establece y la exigencia de una relación de causalidad entre el resultado y el siniestro con cobertura.

A continuación analizaremos cada uno de estos requisitos:

i. Verificación del Siniestro.

Constituido por la materialización u ocurrencia del riesgo previsto y amparado por la póliza y que hemos tratado extensamente en el capítulo II de este trabajo al abordar los elementos de este seguro, por lo que nos remitimos a lo señalado en esa oportunidad.

ii. Verificación del siniestro durante la vigencia del contrato.

Hemos señalado que, una de las menciones del certificado debe indicar la fecha de inicio y de término de vigencia de esta cobertura, según lo prescrito en el inciso segundo del artículo 17 de la Ley, debiendo evitar las compañías aseguradoras la superposición de seguros, para lo cual antes de emitir el nuevo certificado solicitan se les exhiba el anterior, iniciando la vigencia del nuevo seguro al vencimiento del anterior, teniendo que coincidir la fecha de término del seguro con la de término del permiso de circulación que se otorgue al respectivo vehículo. Por otra parte, el artículo 20 de dicha Ley, ha establecido como un requisito para la obtención del permiso de circulación la contratación de este seguro, por ello y combinando ambas disposiciones el periodo de vigencia de este seguro coincide con el periodo de los permisos de circulación de los respectivos vehículos que es de un año.

Por su parte el artículo 5° de la Ley 18.490 señala que estos contratos registrarán por todo el plazo de vigencia señalado en el respectivo certificado y que “no se resolverán por la falta de pago de las primas, ni se podrá poner término anticipadamente por decisión de las partes”. Esta es la regla general y “sólo por

sentencia judicial ejecutoriada se podrá poner término al contrato antes de la fecha de su vencimiento”.⁹⁰

iii. El siniestro no sea de aquellos expresamente excluidos.

Tanto la ley como la póliza, en los artículos 34 y 5° respectivamente, señalan los taxativamente los casos excluidos de la cobertura del seguro obligatorio, es decir, aquellos casos en que pese a intervenir en un accidente en que resulten personas lesionadas o muertas un vehículo que cuente con este seguro obligatorio, la compañía aseguradora no está obligada a indemnizar a las víctimas o a sus beneficiarios por las muertes, incapacidades permanentes y gastos médicos que de ello resulte.

Estos casos son:

1. *Accidentes causados en carreras de automóviles y otras competencias de vehículos motorizados.*⁹¹

En éste la posibilidad de verificación del riesgo es altísima por el uso que se está dando al vehículo asegurado, destinación que el asegurador no ha tenido a la vista al momento de contratar; además, destinar el vehículo a este tipo de actividades supone un acto consciente y voluntario del tomador del seguro, que implica el incumplimiento de la obligación contractual de no agravar los riesgos, que, en otro caso, autorizaría a la compañía aseguradora para solicitar judicialmente el término anticipado del contrato.

Sin embargo, el legislador frente a esta situación de agravación de los riesgos, al extremo de que casi se podría decir que existe certeza de su acaecimiento, ha establecido esta cláusula de irresponsabilidad para el asegurador

⁹⁰ LEY N° 18490, Artículo 5°, inciso primero, parte final.

⁹¹ LEY 18.490, Artículo 34° N°1 y artículo 5° letra a) de la Póliza

evitando que éste tenga que acudir a la instancia judicial para excusarse del pago o verse obligado a pagar para luego intentar repetir contra el civilmente responsable.

Esta exclusión alcanza a todos quienes resulten afectados por el accidente, sea el conductor o terceros, pues la ley no distingue a quienes afecta. Tampoco distingue entre carreras profesionales de automóviles y carreras de vehículos clandestinas por lo que esta exclusión se aplica a todo tipo de carreras de vehículos motorizados.

2. *Accidentes ocurridos fuera del territorio nacional.*⁹²

Al analizar los elementos constitutivos del riesgo señalamos que el accidente de tránsito debe ocurrir en lugares de libre acceso al público, dentro del territorio nacional.

La determinación del lugar del siniestro se establece en el certificado policial que emite Carabineros de Chile, pero si existe duda en cuanto a si el lugar del accidente se encuentra dentro de los límites del territorio nacional se puede solicitar informe a la autoridad policial y administrativa en materia de fronteras y límites para que la entidad aseguradora decida, en base a dicha información, si el accidente se encuentra o no dentro de los casos de exclusión de cobertura.

3. *Accidentes ocurridos en lugares que no fueren de libre acceso al público.*⁹³

Como antes dijimos es necesario, para que el riesgo cubierto se verifique, que el accidente de tránsito se produzca en lugares de libre acceso al público, dentro del territorio nacional. Esta exclusión se refiere tanto a las vías públicas o privadas que no estén destinadas al uso público, es decir, lugares estrictamente

⁹² LEY 18.490, Artículo 34° N°2 y Artículo 5° letra b) de la Póliza.

⁹³ LEY N° 18.490, Artículo 34° N°3 y Artículo 5° letra c) de la Póliza.

privados u otros, que no siéndolo, no correspondan a lugares de libre acceso al público.

4. *Accidentes ocurridos como consecuencia de guerras, sismo, y otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo.*⁹⁴

El legislador es claro al hablar de guerras y sismos, pero al mencionar “otros casos fortuitos” no los define ni limita y agrega que deben ser hechos “enteramente extraños a la circulación” del vehículo.

A falta de mayor precisión debemos recurrir a las normas supletorias contenidas en la ley comercial y civil, nuestro Código Civil, equiparando el caso fortuito a la fuerza mayor, define el caso fortuito como “el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc.”, pudiendo tratarse tanto de un hecho de la naturaleza, como de un tercero o de un acto de autoridad.

Para que se configure el caso fortuito deben reunirse tres requisitos copulativos: Que el hecho sea inimputable; que el hecho sea imprevisible, es decir, de rara ocurrencia; y que sea inevitable, esto es, no lo pudo evitar pese a resistirlo con todas sus medios y facultades.

Para analizar esta exclusión debemos tener presente que el riesgo cubierto por el SOAP son los daños en las personas producto de un accidente de tránsito, que se produzca dentro del territorio nacional y en lugares de libre acceso al público, en que intervenga un vehículo motorizado con esta cobertura.

“Se entiende por accidente del tránsito aquel suceso eventual con consecuencias dañosas que resulta de la acción de transitar”⁹⁵, es decir, del traslado de un punto a otro, que se traduce en la circulación del vehículo.

⁹⁴ LEY N° 18490, Artículo 34° N°4 y Artículo 5° letra d) de la Póliza.

Además para que se configure el riesgo es necesario que entre el accidente de tránsito y los daños exista una relación de causalidad, en términos que el primero sea el origen necesario y directo de las lesiones o muerte que sufran las víctimas del accidente sin que se interpongan elementos extraños a los cuales imputar los daños.

Precisamente estos elementos extraños que “enturbian” la relación de causalidad entre el accidente y los daños en las personas de las víctimas son los casos fortuitos.

Pero el legislador ha señalado que para que estos casos fortuitos constituyan un caso de exclusión de cobertura es necesario que “sean enteramente extraños a la circulación del vehículo”, sin precisar el alcance de esta oración por ello debemos recurrir a los pronunciamientos que sobre esta materia ha efectuado la Superintendencia de Valores y Seguros.

Dicha Superintendencia, a través del Oficio N°2345, del 5 de Julio de 1989, frente al reclamo contra una entidad aseguradora por negarse a pagar las indemnizaciones alegando que el accidente se encontraba dentro del caso de exclusión de caso fortuito, ha precisado el alcance y extensión del caso de exclusión: casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo.

El conductor y sus pasajeros resultaron lesionados, falleciendo con posterioridad una de las víctimas, por un accidente ocasionado por la caída de un árbol sobre el vehículo mientras era conducido por el reclamante.

La compañía se excusó del pago alegando que, según el significado de las palabras “accidente”, “tránsito” y “circulación” debe entenderse por accidente de tránsito aquél que ocurre y resulta de la acción de transitar o de circular por la vías

⁹⁵ CONTARDO GONZÁLEZ, Op. cit., p. 129.

públicas y no se puede extender el concepto a los casos en que la causa del accidente es ajeno a la circulación del vehículo porque la posibilidad de riesgos distintos a los de circulación, pero que se presentan ocasionalmente durante ella son infinitos. Argumentan que el legislador en ningún caso ha dejado entrever una intención de aplicar las normas de esta ley a todo tipo de accidentes ocurridos durante la circulación cuyas causas sean ajenas y que la Ley N°18.490 precisa su alcance al señalar en la suma que “establece un seguro obligatorio de accidentes personales *causados por circulación* de vehículo motorizados” y en su título preliminar incluye como subtítulo “Del seguro obligatorio de accidentes *causados por vehículos* motorizados”, por ello los beneficios de la Ley N° 18.490 no se extienden a aquellos accidentes que tengan por causa una circunstancia ajena o “enteramente extraña” a la circulación del vehículo. En consecuencia la caída de un árbol derribado sobre un automóvil causando la muerte de uno de los ocupantes no constituye accidente causado por el vehículo ni resultado de su circulación.

La Superintendencia señaló que para analizar si el siniestro se encuentra entre aquellos amparados por el SOAP hay que analizar la cobertura que éste tiene y las exclusiones que la ley establece para ella, indicando que para que el accidente sea cubierto por el seguro se requiere: Que se produzca la muerte o lesión corporal de una persona; que el muerto o lesionado sea conductor, pasajero o cualquier tercero afectado; que la muerte o lesiones sean la consecuencia de un accidente “entendiéndose por tal según la jurisprudencia de los tribunales, a lo que sucede por causalidad, o sea, por una simple combinación de circunstancias que no pueden preverse o evitarse”⁹⁶; que en el accidente haya intervenido el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas.

⁹⁶ REVISTA DE SEGUROS N°84, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio 1989, p. 48.

Por su parte, el artículo 34 de la Ley citada establece que sólo quedan excluidos de la cobertura los casos que éste taxativamente enumera y entre éstos menciona, en su letra d), “los ocurridos como consecuencia de guerras, sismos, y otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo”. Para que esta exclusión se produzca es necesaria la concurrencia de dos elementos copulativos: Que la lesión o muerte ocurra como consecuencia de otros casos fortuitos distintos de guerras y sismos y que el accidente sea enteramente extraño a la circulación del vehículo.

El caso fortuito debe serlo respecto del beneficiario o asegurado y no respecto del causante del accidente, ya que el pago de las indemnizaciones se debe hacer sin investigación previa de culpabilidad, no siéndoles oponibles las excepciones que el asegurador pueda alegar contra el tomador del seguro o contra otros causantes del accidente.

En relación al caso analizado se puede concluir:

- Que el conductor y los pasajeros del vehículo asegurado han sufrido lesiones, falleciendo posteriormente uno como consecuencia del accidente en que intervino el vehículo asegurado, situación dentro de las previstas en el artículo 24.

- Que las lesiones y muerte se debieron efectivamente a caso fortuito para el conductor y para los pasajeros.

- Que la caída de un árbol sobre el vehículo en circulación constituye un accidente producido por caso fortuito, al igual que la mayoría de los accidentes que afectan a los conductores responsables y diligentes que se ven afectados por imprevistos que no pueden resistir, que la mayoría de las veces no se producirían si el vehículo asegurado no se hubiera encontrado en circulación.

- Que este caso fortuito no ha sido enteramente extraño a la circulación, como sí los son los que pueden ocurrir cuando éste se encuentra estacionado; por ello el siniestro se encuentra bajo cobertura.

Del análisis de lo resuelto por la Superintendencia se puede colegir que la exigencia de que el caso fortuito sea enteramente extraño a la circulación del vehículo es absoluta, es decir, que en la hipótesis de retirar el elemento “circulación” el accidente, con sus consecuencias dañosas, igualmente se habría producido y que, a contrario sensu, si el caso fortuito se produce con ocasión de la circulación del vehículo se encuentra bajo cobertura de este seguro aún cuando la causa directa no sea propiamente un accidente de tránsito.

5. *El suicidio y la comisión de lesiones autoinferidas.*⁹⁷

Teniendo presente que la noción de accidente de tránsito conlleva la idea de un acto que se produce por casualidad o por una simple combinación de circunstancias que no pudieron evitarse y que los daños corporales autoinferidos por la víctima carecen de esta característica de aleatoriedad o de falta de planificación; así como también el objetivo perseguido por el legislador al crear este seguro obligatorio, entonces es absolutamente lógica esta exclusión.

Por ello no se encuentran bajo cobertura los casos en que existe una intención positiva, por parte de la víctima, de provocarse algún tipo de daño corporal o en su caso más extremo de provocarse la muerte, pero se debe acreditar la intención positiva de la víctima de obtener ese resultado no siendo suficiente la negligencia, falta de cuidado o la mera imprudencia en su actuar, es decir, debe haber buscado y previsto esas consecuencias dañosas y debe haber elegido el accidente de tránsito como el medio para lograr dichos resultados.

⁹⁷. LEY 18.490, Artículo 34° N°5 y Artículo 5° letra e) de la Póliza.

Cabe preguntarse qué ocurre en los casos en que el accidente de tránsito causado por un suicida daña a otras personas ¿la exclusión los deja desportegidos?. Creemos que estos terceros deben ser indemnizados, pues respecto de ellos el hecho es de aquellos cubiertos por el SOAP, la exclusión es personal y sanciona al autor o causante del accidente cuya motivación psicológica es dañarse.

La circunstancia de tratarse de un suicidio o de otro tipo de lesiones autoinferidas se determina de acuerdo a lo que Carabineros de Chile constata en el Certificado, pero en caso de dudas se pueden acompañar mayores antecedentes. La circunstancia de determinar si hubo intención, por parte de la víctima, de lesionarse no significa una excepción a la regla del artículo 6° de la Ley, que dispone que el pago de las correspondientes indemnizaciones se hará sin investigación previa de la culpabilidad, pues para su determinación se está a lo que consigna el certificado policial.

iv. Exigencia una relación de causalidad material y no psicológica como requisito que hace procedente el pago de las indemnizaciones:

El requisito que hace procedente el pago de las indemnizaciones previstas en esta póliza es la ocurrencia de un riesgo previsto y cubierto por el contrato, pero para que se materialice este riesgo en un siniestro es necesario que exista, entre otras circunstancias, una relación de causalidad entre el accidente de tránsito y las consecuencias o resultados de muerte o lesiones corporales que sufran las personas.

La doctrina ha distinguido, en la realización de un evento, la existencia de una causalidad material y de una causalidad psicológica. La primera existe cuando el evento dañoso se relaciona en su génesis con una acción del hombre, es decir, cuando el daño es la consecuencia o el efecto necesario de una conducta o acción

humana. La segunda relaciona esta conducta, que produce tal resultado, con una actitud intelectual consciente y voluntaria de quien la realiza, que puede dar origen a la determinación de que tal acción sea considerada como un delito o cuasidelito, dependiendo de si existe dolo o culpa por parte de quien lo ejecuta, es decir, si existe la intención positiva de inferir daño a otra persona o si existe negligencia en su actuar que produce daño en otras personas.

Como regla general en el SOAP para que se entienda verificado un siniestro bajo cobertura basta que exista una relación de causalidad material entre el accidente de tránsito y las consecuencias de muerte o lesiones corporales que sufran las personas. En efecto, el artículo 6° de la Ley 18.490 establece que “en el seguro de accidentes personales que se refiere esta ley, el pago de las indemnizaciones se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte que éste originó a la víctima”.

Es evidente que la norma señala una relación de causalidad pues exige que la muerte o las lesiones sean “consecuencia” del accidente, lo que se ve reforzado por el plazo que la Ley establece para la determinación de los resultados, en cuanto señala que ellos deben producirse dentro de un año desde el acaecimiento del accidente como una manera de proporcionar certeza respecto de las lesiones que se deberán indemnizar, estimando como consecuencias directas del accidente de tránsito aquellas que se generan dentro de un determinado lapso de tiempo establecido en la propia Ley. Asimismo, ratifican la exigencia de esta relación de causalidad los artículos 6°, 7° y 8° de la póliza los cuales prescriben, como requisito del siniestro, que la muerte, las incapacidades o las simples lesiones

tengan como “origen directo y preciso” un accidente de tránsito en que participe un vehículo que cuente con este seguro.

Además es una relación de causalidad de tipo material desde el momento que el pago de las indemnizaciones se hace sin determinación previa de la culpabilidad, es decir, no es necesario establecer si existió una actitud intelectual consciente y voluntaria del conductor del vehículo que causó los daños.

Sin embargo, el principio de que el asegurador pague sin investigación previa de la culpabilidad tiene una excepción contenida en la letra e) del artículo 5° de la póliza, que repite lo prescrito en el N°5 del artículo 34 de la Ley, que consiste en la exclusión de cobertura del suicidio y de todo tipo de lesiones autoinferidas. En estos casos si del certificado emitido por Carabineros de Chile surgen para la compañía aseguradora sospechas de que el accidente cae dentro de este caso de exclusión, puede y debe entrar a investigar la causalidad psicológica del sujeto que originó el accidente de tránsito y excepcionarse de pagar a éste o a sus beneficiarios hasta que se determine si existió o no tal conducta.

En conclusión, fuera de este único caso en que se determina la causalidad psicológica del accidente y de los demás casos de exclusión enumerados en el contrato, acreditada que sea la relación de causalidad entre el accidente de tránsito y los resultados de muerte, de incapacidad u otro tipo de lesiones, el asegurador está obligado a pagar.

4.3.3 Oportunidad del pago.

La obligación de indemnizar se traduce en un pago que debe constatarse dentro de los 10 días siguientes a la presentación de toda la documentación necesaria para acreditar el daño, la relación de causalidad entre el accidente y el daño, que el vehículo participante en el accidente contaba con seguro vigente y

todas las demás circunstancias constitutivas del riesgo cubierto por el SOAP. Además los beneficiarios deben acreditar su calidad de parientes o de herederos para esta prestación. La documentación a presentar, así como los plazos y personas habilitadas para actuar analizaremos en detalle en el capítulo siguiente, donde detallaremos la operatividad de este seguro.

Es necesario destacar que en el SOAP, para que proceda el pago de la indemnización no es necesario acreditar previamente responsabilidades pues, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 6 de la Ley 18.490, basta con que producto de un accidente de tránsito en que intervenga un vehículo asegurado resulten personas lesionadas o muertas; debiendo pagar una vez acompañada la documentación que el contrato exige. De este modo, es innecesaria y no tiene aplicación la regla contenida en el artículo 539 del Código de Comercio que, alterando la regla general en materia probatoria, establece la presunción de que el siniestro ocurre por caso fortuito, trasladando, a través de dicha presunción, la carga de la prueba a la compañía aseguradora.

4.3.4 **Monto de las Indemnizaciones.**

Respecto del monto de las indemnizaciones y los factores para su cálculo, éstos se encuentran pre determinados en la Ley y en el contrato, distinguiendo según las consecuencias del accidente, es decir, si se producen muertes o lesiones que generen incapacidades, estableciendo montos exactos en unos y montos máximos en otros; y, cubriendo los gastos médicos hasta el tope pre establecido. Los artículos 25 de la Ley y 2º de la póliza, en definitiva, limitan la responsabilidad del asegurador para los distintos resultados de daños en las personas, garantizándoles indemnizaciones calculadas en unidades de fomento, ello significa que la entidad aseguradora en ningún caso puede ser obligada a pagar

una cantidad mayor de las establecidas en el contrato; cantidad que para el caso de muerte o de incapacidad permanente total es fija y no admite graduación por lo que más bien es una cantidad determinada con anterioridad por las partes, en cambio, en caso de incapacidad permanente parcial y de los gastos de atención médica se puede hablar de un límite de la responsabilidad, pues el asegurador no está obligado a pagar una suma fija de dinero sino que debe determinarse según los parámetros establecidos en el misma póliza con un límite máximo también determinado.

Estos límites son individuales, operan respecto de cada una de las víctimas del accidente y la circunstancia de pagar indemnizaciones durante la vigencia del mismo no disminuye ni afecta los montos garantizados, ni tampoco significa una reducción de las sumas aseguradas ni de la responsabilidad, la que continua en vigor por todo el plazo para el cual fue contratada, “sin necesidad de rehabilitación ni pago de primas adicionales”.⁹⁸ Por consiguiente, el monto definitivo de las indemnizaciones que eventualmente se vea obligada a pagar la compañía respecto del vehículo asegurado, durante la vigencia del seguro, dependerá del número de personas que resulten muertas o lesionadas y de la naturaleza de las lesiones.

Lo anterior significa que, pese a que existen límites en cuanto al monto a indemnizar respecto de cada víctima, no existen topes respecto del número de siniestros cubiertos ni a la cuantía final de las indemnizaciones a pagar durante la vigencia de la póliza; ello podría llevar a pensar que las compañías aseguradoras, producto de las grandes sumas que podrían verse obligadas a pagar, resultarían perjudicadas con la contratación de este seguro; sin embargo, este seguro descansa en aquella norma técnica que consiste en “la agrupación de la más amplia gama de

⁹⁸ LEY N° 18.490, Artículo 5°, inciso final.

riesgos, no sólo porque el mayor número de negocios compensa mejor los riesgos que ocurren, sino porque a mayor número de riesgos asumidos menores serán los fallos entre la probabilidad teórica y el número efectivo de siniestros y, por consiguiente, más exacto el cálculo de la prima⁹⁹ que en definitiva se traduce en que el negocio de los seguros sea un mercado que siempre reporta utilidades a las sociedades que lo desarrollan. Además, no se debe olvidar que las compañías generalmente se encuentran cubiertas por reaseguros para el caso de verse obligadas a indemnizar, contando además con el derecho a repetir contra los civilmente responsables del accidente de tránsito para recuperar lo pagado.

De acuerdo a las últimas modificaciones en esta materia, se aumentaron los montos de cobertura en cada caso, quedando en las siguientes cifras:

i. En caso de muerte o de incapacidad permanente total, el equivalente de 150 Unidades de Fomento.

Se entiende como incapacidad permanente total aquella que produce al accidentado la pérdida de, a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente.

ii. En caso de incapacidad permanente parcial, el equivalente de hasta 90 Unidades de Fomento, entendiéndose por incapacidad permanente parcial aquella que produce al accidentado una pérdida igual o superior a 30% pero inferior a las dos terceras partes de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente.

⁹⁹ CONTARDO GONZÁLEZ, Op. cit., p. 136.

El monto definitivo se determina aplicando 1,36 Unidades de Fomento por cada punto porcentual de grado de incapacidad permanente del accidentado, correspondiendo una indemnización de 90 Unidades de Fomento a la persona que presente un grado de incapacidad permanente de 66%.

iii. En caso de incapacidad temporal, es decir, se generan lesiones que para sanar implican atenciones médicas y de salud, sólo da derecho a una indemnización equivalente de hasta 90 Unidades de Fomento para el reembolso de los gastos médicos.

iv. Para los gastos médicos en que el afectado haya incurrido para la atención de las afecciones que directamente provengan de lesiones originadas por siniestro, el equivalente de hasta 90 Unidades de Fomento.

La póliza, en la letra d) del inciso primero del artículo 2°, ha determinado qué prestaciones se comprenden en la expresión “gastos médicos”, abarcando la atención prehospitalaria y el transporte sanitario, la hospitalización, la atención médica y quirúrgica, los gastos farmacéuticos y los gastos por concepto de rehabilitación de las víctimas.

El reembolso de los gastos médicos no puede exceder al valor asignado para la respectiva prestación, en el Arancel Nivel 3 de la Modalidad de Libre Elección de FONASA (MLE), vigente al momento de otorgarse la prestación a excepción de las prestaciones que se señalan detalladamente en la letra d) del artículo 2 de la póliza y de los gastos de hospitalización que tienen tope de tres unidades de fomento por cada día de hospitalización, independientemente del costo efectivo de dicha hospitalización.

4.3.5 **Por regla general estas indemnizaciones no son acumulables entre sí**

Las indemnizaciones por muerte, incapacidad permanente total e incapacidad parcial no son acumulables, es decir, si pagada una indemnización permanente total el accidentado fallece con posterioridad, el asegurador no está obligado al pago de suma adicional alguna, y, si pagada una incapacidad permanente parcial el accidentado, con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente, fallece o se determina su incapacidad permanente total, la compañía aseguradora sólo está obligada al pago del remanente hasta el equivalente de 150 Unidades de Fomento.

Además, las sumas pagadas por el asegurador por concepto de gastos de hospitalización, de atención médica, quirúrgica o farmacéutica, se deducirán de la indemnización que deba pagarse en caso de muerte o de incapacidad permanente total.

Esta es la regla general, establecida en los artículos 26 de la Ley y 3° de la póliza, que se traduce en que a la indemnización que deba pagarse como consecuencia de la verificación de un resultado de daño subsecuente al accidente de tránsito se le debe deducir el pago efectuado por el daño inicial, pudiendo incluso no tener nada que pagar por aquél si ambos resultados dañosos tienen asignadas cantidades iguales de dinero como indemnización. Constituyendo la única excepción las lesiones que originen incapacidad permanente parcial de la víctima en que no se deduce lo pagado para reembolsar los gastos médicos, acumulándose ambas indemnizaciones (la de la incapacidad permanente parcial y la de los gastos médicos) pero hasta completar la cantidad determinada de 90 Unidades de Fomento, así se establece en los incisos finales del artículo 3° de la póliza y 26 de la ley 18.490.

De este modo, a las indemnizaciones que deban pagarse en caso de muerte o de incapacidad permanente total de la víctima se les descuenta lo pagado por concepto de reembolso de los gastos médicos para la recuperación de las lesiones causadas por el accidente; así como también a las indemnizaciones que deban pagarse por la posterior muerte o incapacidad permanente total de la víctima, a quien con anterioridad se le ha pagado indemnización por incapacidad permanente parcial declarada de la víctima, se debe descontar lo pagado por este concepto. Finalmente, en la hipótesis de producirse posteriormente la muerte de la víctima a quien se le ha declarado y pagado indemnización por incapacidad permanente total de la víctima nada debe pagársele pues ambas son por el mismo monto.

4.3.6 Características comunes de las indemnizaciones en los distintos casos de resultados de daños a las personas.

Las indemnizaciones contempladas por el SOAP en los casos de muerte, incapacidad permanente total y parcial y de toda lesión corporal que no constituyendo alguna de dichas incapacidades de origen a gastos médicos tienen, ciertamente, características comunes derivadas del espíritu protector hacia las víctimas de accidentes de tránsito. Estas dicen relación con la forma, plazo de su pago, preeminencia en su cobro, etc.

a. Forma de pagarlas:

Se pagan en dinero y al contado, expresándose en suma equivalente a la unidad de fomento correspondiente al día efectivo del pago. Este día puede ser definitivo, cuando existe acuerdo entre el asegurador y la víctima o sus beneficiarios, o provisorio, cuando no existe tal acuerdo, es decir, cuando discrepando la compañía del dictamen del médico tratante conoce del asunto la Comisión de Medicina Preventiva o Invalidez aquélla se encuentra obligada al

pago de lo no disputado, monto de la indemnización que sólo se conoce cuando dicha comisión resuelve.

b. Plazo para su pago:

Se deben pagar dentro del plazo de diez días contados desde la presentación de los antecedentes que acreditan las circunstancias que hacen procedente la indemnización, señalados en los artículos 30 de la Ley y 6°, 7° y 8° de la póliza.

c. Preeminencia en su pago:

Estas indemnizaciones se pagan con preferencia a cualquier otra indemnización que favorezca a la víctima por coberturas propias de la seguridad social o por otros seguros privados de contratación voluntaria, así lo establece claramente el legislador en los artículos 33 y 32 inciso final de la Ley, norma que se repite en el artículo 16 de la póliza. Esta característica presenta singularidades que merecen una mayor atención en su análisis, razón por la cual en el punto siguiente volveremos sobre ella.

d. Puede no ejercerse el derecho a cobrarlas:

La víctima o sus beneficiarios pueden no ejercer el derecho a reclamar el pago de las indemnizaciones en caso de muerte, de incapacidad o de gastos médicos. Sin embargo, cuando las respectivas indemnizaciones por gastos médicos son pagadas por un Servicio de Salud o una Entidad Previsional u Hospitalaria, por este hecho y por el sólo ministerio de la ley se transforman en titulares directos de la acción para solicitar de la compañía aseguradora el resarcimiento de los gastos médicos en que primeramente debía concurrir la cobertura obligatoria, ello en virtud de lo establecido en el inciso final del artículo 9° de la póliza en relación a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 18.490. Por ello cualquier acto de los primigenios titulares de las acciones para el cobro de las indemnizaciones del

SOAP (el accidentado o sus beneficiarios) que impliquen una renuncia de los derechos frente al asegurador, en el sentido de quedar éste liberado de realizar las prestaciones causadas por los fastos médicos no produce efectos respecto de estos especiales titulares de la acción por disposición expresa de la ley.

e. Reglas especiales para el pago de las indemnizaciones en caso de quiebra de la compañía aseguradora:

El artículo 42 de la Ley se encarga de establecer una preferencia especial para la obtención del pago de aquellas indemnizaciones cuya causa sean siniestros verificados antes de la declaratoria de quiebra de la compañía pendientes de solución a la fecha de la quiebra. Éste se traduce en las siguientes prerrogativas para su efectividad:

- i. Gozan de preferencia por sobre los créditos de primera clase;
- ii. Para el pago de las indemnizaciones, las víctimas o sus beneficiarios no requieren verificar con los demás créditos en la quiebra;
- iii. Las indemnizaciones pendientes deben ser pagadas con cargo a los primeros fondos del fallido de que se pueda disponer ; y,
- iv. Los pagos que se efectúen en cumplimiento de esta preferencia no se dejarán sin efecto por las demandas de acreedores de mejor derecho.

4.3.7 El pago de las indemnizaciones previstas en la Ley 18.490 se efectúa con preeminencia de cualquier otra que pueda tener lugar, pudiendo existir cúmulo de seguros.

“Las consecuencias económicas que provocan la muerte o las lesiones corporales amparadas por el SOAP, pueden estar amparadas, al mismo tiempo, por otros mecanismos de reparación contemplados, tanto por el derecho público como por el derecho privado, produciéndose de esta forma el problema de determinar

cual mecanismo debe soportar el riesgo en primer lugar y si es posible el cúmulo de indemnizaciones provenientes de esta cobertura con aquellas propias de la seguridad social y de los seguros privados de contratación voluntaria”¹⁰⁰

Nuestra ley general de seguros frente a los seguros conjuntos o coseguros, que se presentan cuando se pactan varios seguros en la misma fecha respecto de la misma cosa, por el mismo riesgo, en distintas compañías o instituciones, señala que los distintos aseguradores no responden sino hasta concurrencia del verdadero valor de la cosa asegurada y en proporción a la suma que cada uno de ellos haya asegurado, es decir, todos los contratos tiene validez y se aplican de acuerdo a la regla de la proporción; y que, frente a la existencia de seguros sucesivos, que son aquellos que se contratan en distintas fechas sobre la misma cosa, sólo otorga validez a aquel contrato que se haya celebrado primero, siempre que cubra el valor íntegro de la cosa asegurada, pero en caso que el primer seguro no cubra el valor íntegro del objeto asegurado, los aseguradores posteriores deben responder del valor insoluto según el orden de las fechas de sus respectivos contratos, teniendo que concurrir las compañías en la proporción que les corresponda si la pérdida es total y teniendo que concurrir en la proporción por la cuota que les corresponda si la pérdida es parcial.

En otras palabras, para determinar qué seguro es válido y la preeminencia de unos sobre otros se debe estar a las fechas de celebración de los respectivos contratos que versen sobre el mismo objeto y cubran el mismo riesgo y, posteriormente, la suma por la cual cada uno de estos cubre; paralelamente es necesario determinar la gravedad de la pérdida o lesión para, detallar el monto por el cual cada uno de los aseguradores debe concurrir, pudiendo éstos suspender el

¹⁰⁰ Ibid, p. 141.

pago de las indemnizaciones a que se encuentran obligados, mientras no se clarifique dicha situación.

Este es un sistema inspirado en el principio que el seguro jamás puede ser ocasión de una ganancia y en la ilicitud del enriquecimiento sin causa; sin embargo, su aplicación en caso que conjunta o sucesivamente al SOAP existan otros seguros vulneraría el objetivo que tuvo el legislador a la vista al momento de crear este tipo de seguros, cual es otorgar a las víctimas de accidentes de tránsito una rápida y eficaz protección que les permita solventar, al menos en parte, los resultados perjudiciales que ese suceso les ocasiona.

Por ello la Ley 18.490 frente a la situación de la contratación de seguros conjuntos o coseguros y de seguros sucesivos señala la manera específica para solucionar este problema, y si es posible el cúmulo de indemnizaciones por la verificación de un mismo riesgo cubierto por distintos seguros.

Respecto de la primera situación, es decir, si respecto del riesgo cubierto además del SOAP existen otros seguros, el 16 de la póliza, repitiendo lo señalado en el artículo 33 de la Ley y contemplando además la situación de contratación de seguros privados, señala que “las indemnizaciones previstas por este seguro se pagarán con preferencia a cualquiera otra que favorezca a la víctima o a sus beneficiarios en virtud de coberturas propias del sistema de seguridad social o de la contratación de otros seguros privados, aún cuando su vigencia o contratación sea posterior a la de aquellos”.

La ley expresamente admite que operen al mismo tiempo y conjuntamente con el SOAP, seguros sociales y de naturaleza privada, admitiendo, respecto de estos últimos expresamente su compatibilidad con el SOAP en el artículo 14 de la Ley 18.490 señalando que “el seguro obligatorio será compatible con cualquier

otro de naturaleza voluntaria que exista ... para responder de los accidentes personales que sufran las víctimas”, pero estableciendo el orden de precedencia en que estos seguros deben operar.

En consecuencia, si a raíz de la verificación de un siniestro cubierto por el SOAP deben operar también coberturas propias de la seguridad social, como ocurre en caso de accidentes del trabajo, o de la contratación de seguros privados, por existir seguros voluntarios que cubran ese mismo riesgo, quien debe asumir en primer lugar dicho riesgo es el SOAP pagando hasta el monto máximo establecidos en la póliza. En términos que sólo si se han producido lesiones corporales por un monto mayor o incapacidades no cubiertas por este seguro obligatorio, deben concurrir todos los mecanismos de seguridad social, si proceden, los que deben asumir los daños no indemnizados por el SOAP, al igual que deben concurrir los seguros privados hasta el límite por el que se hayan obligado a pagar.

Se establece la compatibilidad de este seguro con otros existentes, aún cuando éstos últimos tengan una vigencia o contratación posterior a la celebración del SOAP recalando, como ya hemos dicho, que primeramente deben pagarse las indemnizaciones que tengan como causa este seguro obligatorio automotriz.

Respecto de la posibilidad del cúmulo de indemnizaciones provenientes de distintos seguros, ya de naturaleza social ya de naturaleza privada, es necesario primeramente hacer algunas precisiones.

Al referirnos al interés asegurable dijimos que éste es una relación entre el sujeto y el objeto susceptible de valoración económica y que, en cuanto este seguro es un seguro de personas el objeto de esta relación es la persona humana. Respecto de este especial objeto de la relación establecimos que las personas pueden valorar su propio cuerpo así como también su vida y que dicha valoración, generalmente,

se efectúa con un criterio alzado más que real, efectuándose dicha valoración alzada en el caso del SOAP por la Ley, adhiriendo tomador y asegurador a lo ahí dispuesto respecto de la valoración del objeto (que se traduce en el monto de las indemnizaciones a pagar) mediante la suscripción de la respectiva póliza y certificado.

Por otra parte, sabemos que los riesgos cubiertos por el SOAP, cuyo resultado sea la muerte, incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial y toda otra lesión corporal que, sin constituir incapacidad permanente, origine gastos médicos, han sido valorados teniendo como base un criterio alzado que no obedece a ningún parámetro de objetividad general y que, por ello, es totalmente compatible con la que se reciba por indemnizaciones derivadas de seguros privados de contratación voluntaria, sean éstos seguros de vida o de accidentes, pues en ellos también la valoración ha sido realizada de manera alzada y en definitiva la suma asegurada dependerá de la capacidad económica del tomador del seguro; por lo que el asegurador deberá pagar íntegramente la suma asegurada, sin efectuar descuento alguno a dicha suma basándose en lo que el asegurado haya recibido por concepto del SOAP.

Además, parece bastante lógica esta solución que permite hacer efectivos los demás seguros que benefician al asegurado, si se tiene en cuenta que en este seguro automotriz el asegurado puede ser cualquier persona afectada por un accidente de tránsito, que generalmente no es la persona del tomador, desconociendo la existencia de este seguro a su favor, en virtud de ello a su respecto no se deben aplicar las figuras de los artículos 525 y 526 del Código de Comercio, pues exigen la contratación por parte de quien se ve beneficiado por los seguros, es decir, exigen su conocimiento personal de la existencia de varios seguros que cubran el

mismo riesgo, situación que no se daría respecto del caso que nos ocupa. Estos artículos frente a la situación de los coseguros y de los seguros sucesivos, en principio, no admiten la posibilidad de que se apliquen al mismo tiempo y por su totalidad más de un seguro, obligando, en el primer caso, a la reducción de las indemnizaciones debiendo concurrir en proporción a la suma asegurada, e invalidando, en el segundo de los casos, los seguros posteriores.

A los argumentos anteriores se debe agregar que los montos establecidos en el SOAP históricamente han sido considerados como insuficientes lo que ha llevado a constantes modificaciones de la Ley, que regula este seguro, aumentando dichos montos.

Sin embargo, en aquellos casos de lesiones causadas en accidentes de tránsito que sólo ameritan el reembolso de los gastos médicos, si han sido pagados íntegramente por el SOAP, no pueden ser indemnizados nuevamente, pues a su respecto la valoración es real y depende del costo efectivo de las prestaciones efectuadas a la víctima, las cuales ya fueron canceladas por este seguro. Pero, a contrario sensu, en todos aquellos gastos en que este seguro obligatorio no cubra o sólo cubra parcialmente dichos gastos pueden entrar a operar los seguros de contratación voluntaria “los que concurrirán por la parte no pagada y hasta el monto efectivo de dichos gastos” (artículo 32 inciso segundo de la Ley 18.490), aplicándose para su efectividad las reglas establecidas en los artículos 525 y 526 del Código de Comercio.

La circunstancia de que tanto la ley como la póliza establezcan que cuando existan, conjuntamente con el SOAP, coberturas propias del sistema de seguridad social y coberturas originadas por otros contratos de seguros que amparen el mismo riesgo deben pagarse con preferencia o en primer término las

indemnizaciones provenientes de este seguro automotriz, no significa que las entidades previsionales ni las compañías aseguradoras, obligadas también a indemnizar, puedan retardar el pago y, menos aún, excepcionarse de hacerlo esgrimiendo la circunstancia de que primeramente debe liquidarse o pagarse a la víctima lo que ésta o a sus beneficiarios corresponda en virtud del SOAP, pues dicho.

Para entender lo planteado debe considerarse la razón de existencia o el objetivo perseguido por una norma de este tipo, que establece un orden de precedencia para hacer efectivos distintos seguros ante la ocurrencia de un siniestro cubierto por el SOAP, cual es que siempre se haga uso de esta cobertura, ello como contrapartida al establecimiento obligatorio de este tipo de seguro, que de otra manera sólo significaría una carga sin ningún beneficio para los obligados y excesivas ganancias para las sociedades que los comercializan.

Ahora bien, en cuanto a la situación de existencia de otros seguros privados, de contratación voluntaria, o de coberturas propias de la seguridad social que conjuntamente con el SOAP cubran el mismo evento y sus resultados, pensamos que el asegurador no podrá excepcionarse de pagar el siniestro argumentando que primeramente debe aplicarse el seguro obligatorio, pues ello no forma parte del contrato suscrito entre las partes. Adicionalmente, de acuerdo a las reglas generales en materia de seguros y específicamente según lo señala en su inciso primero el artículo 553 del Código de Comercio, una vez que el asegurador paga se subroga por el sólo ministerio de la ley en los derechos y acciones que el asegurado tiene contra terceros en razón del siniestro, constituyendo para aquél asegurador un tercero la compañía suscriptora del SOAP; por esta razón para dichas sociedades no constituye ningún perjuicio pagar las indemnizaciones a que se han obligado

pues pueden recuperar lo pagado repitiendo contra las aseguradoras del SOAP y, al mismo tiempo, se cumple el objetivo perseguido por esta norma, cual es la plena aplicación del SOAP en caso de producirse un riesgo cubierto por dicho seguro. En cuanto a este punto la Superintendencia ha señalado que los derechos conferidos en el SOAP “se pueden ceder o transferir, porque de otro modo perjudicaría los intereses de los beneficiarios porque los limitaría en sus posibilidades de obtener una oportuna prestación de servicios médicos. La ley en forma alguna ha excluido la posibilidad de que terceros puedan subrogarse por los pagos efectuados a favor de víctimas de accidentes de tránsito”¹⁰¹

A nuestro entender tanto las isapres que pagan indemnizaciones cubiertas por el SOAP como las entidades hospitalarias, públicas o privadas, que otorgan prestaciones de salud también cubiertas por este seguro pasan a convertirse en beneficiarias del SOAP pues, si bien ni la ley ni la póliza las señalan expresamente como beneficiarias del mismo, del contexto de la ley aparece de manifiesto, pasando a tener acción directa contra el asegurador por los pagos o prestaciones efectuadas, sin que las compañías aseguradoras puedan excusarse de pagar señalando que previamente deben responder a la víctima o a los beneficiarios señalados en la ley. La expresión “podrá” utilizada por el legislador en el inciso segundo del artículo 32 simplemente sirve de base para decir que los aseguradores, pueden válidamente pagar directamente a las entidades mencionadas y no debe interpretarse como una autorización para que, acreditados que sean los gastos por parte de dichas instituciones, las compañías aseguradoras elijan a quien pagar esos gastos de hospitalización y atención médica, quirúrgica o farmacéutica generados por la atención de los accidentados, es decir, acreditado que sea el gasto por el

¹⁰¹ REVISTA DE SEGUROS, Op. cit., Oficio N° 4968, del 2 de Diciembre de 1992, p. 18.

servicio de salud o entidad previsional u hospitalaria involucrada, el asegurador está obligado a su reembolso y así lo ha señalado al Superintendencia en reiteradas ocasiones.¹⁰²

4.3.8 Concurrencia al pago de los obligados a indemnizar.

El artículo 12 de la Ley 18.490 regula la manera como los aseguradores concurren al pago de las indemnizaciones, disponiendo que cada entidad aseguradora es responsable de las indemnizaciones correspondientes a las personas transportadas en el vehículo por ella asegurado, estableciendo respecto de las personas no transportadas la solidaridad en el pago entre las entidades aseguradoras involucradas.

Teniendo presente estas reglas, para determinar como concurren en cada caso particular es necesario distinguir, primero, si en el accidente participaron uno o más vehículos y luego, en caso que hubieran intervenido dos o más vehículos. diferenciar la situación en que se encuentra cada uno de los posibles asegurados:

i. Intervención de un solo vehículo en el accidente: En este caso no existe mayor dificultad y el seguro contratado respecto de este objeto debe cubrir a todas las víctimas, sean ellos personas transportadas en él o terceros, es decir, personas no transportadas, como los peatones o ciclistas.

ii. Intervención de dos o más vehículos: En este punto, a su vez, se debe subdistinguir diferenciando si los vehículos participantes cuentan o no con SOAP vigentes y si las víctimas son los transportados o no:

- El caso más común es que todos los vehículos participantes cuenten con SOAP vigentes.

¹⁰² REVISTAS DE SEGUROS N°78, 95 y 97, op. cit, Oficio N° 100, del 13 de Enero de 1988; Oficio N° 1930, del 14 de Mayo de 1992; y Oficio N° 4968, del 2 de Diciembre de 1992,.

Esta es la regla general en materia de accidentes de tránsito en que intervengan dos o más vehículos motorizados, puesto que para poder circular por las vías públicas deben contar con SOAP vigentes, cuyo certificado de contratación se les exige para obtener el correspondiente permiso de circulación.

En este caso, donde intervienen dos o más vehículos, cada entidad aseguradora es responsable de las indemnizaciones correspondientes a las personas transportadas en el vehículo por ella asegurado. Esta solución es lógica y de toda justicia si se tiene presente que este seguro opera sin investigación previa de culpabilidad y que acompañada la documentación que hace procedente el pago tiene un plazo muy breve para cumplir esta obligación, que en la práctica hace imposible una investigación acuciosa del accidente.

Respecto de los terceros afectados o los no transportados, el inciso segundo del artículo citado señala que todas las compañías aseguradoras intervinientes son solidariamente responsables de las indemnizaciones que a ellas correspondan, pudiendo éstos accionar por el total contra quien estimen conveniente; sin perjuicio de que, en definitiva, el pago deba ser financiado entre dichos aseguradores por partes iguales, para lo cual el asegurador que hubiere pagado en exceso tiene derecho a repetir contra las demás compañías para exigirles su correspondiente participación. Esta norma es congruente con los principios de protección inmediata a las víctimas y de que el pago debe efectuarse sin determinación previa de culpabilidad, haciendo solidariamente responsables a todas las compañías aseguradoras involucradas. De otra manera, estos terceros afectados por el accidente de tránsito sólo podrían accionar contra el conductor del vehículo causante, que significaría tener que determinar primeramente las responsabilidades civiles del caso, responsabilidad que se establece a través de un

procedimiento judicial que termina en una sentencia firme, que es precisamente lo que se busca evitar con esta cobertura obligatoria.

Esta solidaridad implica que las víctimas o sus beneficiarios pueden accionar directamente y por el total de lo debido contra una o todas las compañías asegurantes, no pudiendo excepcionarse, la demandada, del pago de lo debido alegando la divisibilidad de la deuda. Sin perjuicio que, en definitiva, contribuyen en partes iguales a la deuda.

Lo expresado anteriormente no impide que los aseguradores que prestan esta cobertura celebren convenios entre sí respecto de esta materia para solventar el pago de las indemnizaciones que se deban en estos casos y así expresamente lo permite el inciso final del artículo 12 de la Ley.

- Puede ocurrir que en un accidente de tránsito en que participen dos o más vehículos, uno o más carezcan de SOAP vigentes.

Para que opere este seguro obligatorio, protegiendo a las víctimas, basta con que al menos uno de los vehículos cuente con esta cobertura, aplicándose plenamente lo señalado en el caso anterior y considerando, para efectos de esta póliza, como “terceros afectados las personas que son transportadas en un vehículo que, debiendo haberlo contratado, no cuenta con seguro vigente ..., con excepción del conductor del conductor y del propietario del mismo”.¹⁰³ Es decir, sólo se excluye de protección a las personas que debiendo haber contratado este seguro incumplieron su obligación, dejándolos fuera de cobertura y teniendo que asumir íntegramente los costos que el accidente les ocasione, sin perjuicio de las acciones que por su responsabilidad intenten los demás involucrados en el hecho.

¹⁰³ PÓLIZA, Artículo 1º, inciso tercero.

- Caso en que ninguno de los vehículos intervinientes cuente con esta cobertura.

Si ninguno de los vehículos participantes cuenta con este seguro, entonces, para obtener el pago de las indemnizaciones por los daños ocasionados deberá determinarse en instancia judicial la responsabilidad del propietario y/o del conductor y solicitar se regulen el monto de los perjuicios ocasionados, lo que significa que las víctimas deban asumir los gastos que un juicio conlleva y que, mientras se resuelve, deban soportar los gastos médicos y de rehabilitación por las lesiones y, en caso de fallecimiento de la víctima, los gastos para su traslado y entierro.

4.3.9 **Efectos del pago.**

El pago de las indemnizaciones acarrea una serie de consecuencias o efectos que podemos agrupar desde el punto de vista de los sujetos involucrados con esta cobertura, cuales son las víctimas o el asegurado, el conductor y el propietario y la compañía aseguradora.

4.3.9.1 Efectos del pago respecto de la víctima:

Sabemos que el objetivo perseguido por el SOAP es reparar las consecuencias económicamente desfavorables que los accidentes de tránsito provocan en las víctimas de estos incidentes, específicamente cuando como resultado de ello se producen muertes o lesiones; estableciendo los montos a pagar según el tipo de daño que sufran los accidentados.

En algunas ocasiones los montos de cobertura establecidos en este seguro automotriz son suficientes y cubren íntegramente los daños que sufren las víctimas o sus beneficiarios, pero en otras las prestaciones médicas pagadas o reembolsadas o la suma recibida por concepto de muerte o de incapacidades permanentes

proporcionadas por el SOAP no alcanzan a cubrir el daño material o moral a que tienen derecho estos sujetos.

En el primer caso las víctimas o sus beneficiarios, por encontrar satisfecho su derecho, carecen de acción contra los responsables del daño. Sin embargo, en el segundo de los casos, es decir, en aquel en que las indemnizaciones obtenidas a través del seguro obligatorio no cubran el daño causado a las víctimas o a sus beneficiarios, necesariamente deben accionar contra quienes sean civilmente responsables del accidente de tránsito, pero las indemnizaciones obtenidas por la cobertura obligatoria pueden deducirse de la cantidad a que sean condenadas los civilmente responsables, como se desprenden de lo estipulado en el artículo 15 de la Ley 18.490. el fundamento de esta deducción, como hemos señalado, radica en que la indemnización es un valor de reemplazo en el patrimonio del asegurado, por lo que lo pagado por un mismo hecho respecto de las mismas personas debe deducirse de lo que además de eso se pague.

Respecto del último punto señala el mencionado artículo en su inciso tercero que “los pagos de indemnización efectuados en virtud de este seguro, se imputarán o deducirán de los que pudiere estar obligado a hacer el propietario o conductor del vehículo asegurado en razón de la responsabilidad civil que respecto de los mismo hechos y de las mismas personas, le pueda corresponder según las normas del derecho común”. Pensamos que esta redacción no es exacta pues limita, sin razón alguna, la imputación de lo pagado en razón del SOAP sólo al conductor o al propietario del vehículo asegurado con esta cobertura, en circunstancia que los civilmente responsables del accidente pueden ser personas distintas de aquéllas, tales como peatones o conductores o propietarios de vehículos que no cuenten con esta cobertura.

Estos terceros legítimamente deben deducir lo que las víctimas o sus beneficiarios hayan recibido a título de indemnización “por los mismos hechos”, en virtud de que el hecho generador de responsabilidad es el mismo, respecto de las mismas personas y que lo que se persigue es una indemnización de perjuicios, que no es otra cosa que intentar sustituir o restablecer lo dañado, no constituyendo en caso alguno la ocasión de una ganancia; restringir la posibilidad de imputar lo pagado por esta cobertura obligatoria constituiría también un enriquecimiento sin causa. Sin embargo, lo expresado anteriormente tiene una excepción en caso de muerte de la víctima pues, en esta situación, el seguro (al igual que en los seguros de vida) deja de tener por objeto reparar el daño en cuanto no puede considerarse como un valor de reemplazo, a lo que se suma la valoración de la vida es incuantificable en términos absolutos.

La muerte o las lesiones pueden dar origen a daños no solamente patrimoniales sino que también morales. Debido a lo anterior las personas que sean consideradas civilmente responsables de los daños causados en un accidente de tránsito, incluidos el conductor y el propietario del vehículo que cuenta con el SOAP pueden ser condenadas a pagar indemnizaciones tanto por el daño emergente, como por el lucro cesante y por el daño moral. De esta constatación surge la pregunta de a cuál de estos ítems debe deducirse lo pagado a título de indemnización por coberturas propias del SOAP.

“Al respecto la Corte de Apelaciones de Valparaíso, conociendo de un recurso de apelación, tuvo la oportunidad de pronunciarse acerca de la posibilidad de imputar los pagos efectuados en virtud del seguro obligatorio de accidentes de la locomoción colectiva y taxis colectivos a aquellos que la sentencia de primera

instancia le ordena pagar a la persona civilmente responsable por el atropello, indemnizando a los familiares de éste el daño moral.

La referida Corte sostuvo que los daños cubiertos por dicho seguro obligatorio son la muerte y las lesiones corporales, quedando excluidos de cobertura y, lógicamente, de indemnización otros daños diversos de los señalados, como es el sufrimiento psíquico que experimentan los familiares de quien fallece en tales circunstancias, configurándose un daño moral que debe ser debidamente reparado por el responsable conforme a los principios que regulan la responsabilidad extracontractual.

Agrega, dicho Tribunal, que la posibilidad de imputar los pagos hechos en virtud del seguro obligatorio a aquellos que pudiera estar obligado el civilmente responsable, en virtud de los mismos hechos y en favor de las mismas personas, según las normas del derecho común, presupone que las dos indemnizaciones lo sean por daños de igual naturaleza, siendo esta última circunstancia un requisito de toda compensación legal.

En consecuencia, no concurre en la especie tal requisito, puesto que el seguro obligatorio indemnizó la pérdida material que significó la muerte del peatón, quedando por resarcir el daño moral experimentado por sus familiares en razón de su deceso, debiendo los responsables de este hecho cancelar la indemnización a que fueron judicialmente condenados por dicho concepto.

Por tanto, el Tribunal concluye que no se produce un enriquecimiento sin causa para los demandantes, pues éstos no reciben dos veces lo que debía imputarse según la ley, es decir, las indemnizaciones cubren rubros o capítulo diversos de los daños: el seguro obligatorio indemniza el daño material emergente derivado de la muerte de la víctima, en tanto que la suma que el Tribunal ordena

pagar repara el daño moral y sólo con la satisfacción de ambas se produce dentro de lo humano posible, la indemnización completa”¹⁰⁴

Compartimos los fundamentos de la sentencia señalada, fundamentos que son plenamente aplicables a este seguro obligatorio, en términos que lo cubierto por el SOAP es el daño emergente ocasionado a la víctima o a sus familiares y que, por tanto, debe imputarse, en primer término, a dicho concepto.

En este punto creemos necesario detenernos a reflexionar sobre una materia que siempre ha sido criticada a este seguro, cual es que los montos de cobertura históricamente han sido considerados bajos e insuficientes sobre todo para los casos de muertes y de incapacidades permanentes totales; sin embargo, si lo analizamos desde la perspectiva de que este seguro no deja a salvo a los responsables del accidente, quienes serán perseguidos por su responsabilidad y que lo cubierto por este seguro es el daño emergente, entonces su cobertura no parece ser insuficiente.

En el caso del SOAP el daño emergente se puede definir como la disminución en el patrimonio de la víctima por los desembolsos y gastos que se ve obligada a realizar para solucionar los resultados lesivos a su salud e integridad física que el accidente de tránsito le ocasiona.

Lo anteriormente señalado es plenamente aplicable en el caso del reembolso de los gastos médicos originados para la rehabilitación de la salud del accidentado, caso en que es fácilmente determinable la disminución patrimonial que el accidente origina al accidentado; sin embargo, en caso de configurarse una incapacidad permanente total o parcial o de muerte, entonces las indemnizaciones pagadas por el SOAP deben imputarse primeramente al daño emergente y sólo si cubierto el

¹⁰⁴ CONTARDO GONZÁLEZ, Op.cit., p. 171.

daño emergente quedaran excedentes a imputar, éstos deben deducirse al lucro cesante, es decir, a la pérdida patrimonial que sufre la víctima por las ganancias que legítimamente esperaba percibir por la incapacidad que el accidente.

En definitiva, creemos que si una sentencia condena al civilmente responsable a pagar una indemnización debe indicar a qué conceptos de daños corresponde dicha indemnización, pues de acuerdo a lo que hemos señalado las indemnizaciones provenientes del SOAP sólo pueden imputarse a conceptos semejantes siendo, naturalmente, el primero de ellos el daño emergente y sólo posteriormente el lucro cesante, para finalmente aplicarse al daño moral; aunque consideramos que por los montos de esta cobertura obligatoria escasamente sobrepasa el daño emergente que un accidente ocasiona.

4.3.9.2 Efectos del pago respecto del conductor y del propietario del vehículo que cuenta con esta cobertura:

El mecanismo de reparación ideado por el legislador para proteger a quienes son afectados por accidentes de tránsito no significa una alteración a los principios de responsabilidad consagrados en nuestra legislación, que, como señalamos al tratar este tema, establece un sistema subjetivo de responsabilidad que se traduce en la exigencia de una conducta dolosa o culpable por parte del autor del daño como requisito para constituir a su respecto el elemento del tipo.

Esto significa que para hacer procedente y acoger una pretensión indemnizatoria respecto de personas distintas del asegurador del SOAP, así como también en todos los casos en que este último no es responsable según la ley y la póliza o cuando la indemnización proporcionada por este seguro no cubre la totalidad de los daños, se necesita establecer una actitud subjetiva de intencionalidad de parte de quien se quiere determinar responsable, determinación

que se realiza, normalmente, a través de la vía judicial en un proceso de lato conocimiento.

Esta intencionalidad en el actuar para establecer las responsabilidades civiles o penales derivadas del accidente se debe acreditar respecto del conductor y/o del propietario del vehículo asegurado, pues el hecho de que el vehículo cuente con un seguro obligatorio que se aplica en cualquier accidente de tránsito, no implica para ellos un reconocimiento de responsabilidad en los hechos, lo que se ve reafirmado por lo expresado en el artículo 6° de la Ley N° 18.490.

Por ello, el pago de indemnizaciones en cumplimiento de este seguro obligatorio no significa un indicio, antecedente o presunción de culpa y, menos aún, un reconocimiento de ella para efectos de la determinación de la responsabilidad del conductor y del propietario del vehículo. En términos tales que no puede invocarse para hacerlos responsables del accidente el hecho de que a su respecto haya operado el SOAP, pues, como hemos señalado, éste opera sin determinación previa de culpabilidad bastando un amera relación de causalidad material entre el accidente y los resultados de muerte o lesiones.

Lo anterior se encuentra expresamente establecido en el inciso segundo del artículo 15 de la Ley que señala que “el pago recibido como consecuencia de este seguro no implica reconocimiento ni presunción de culpabilidad que pueda perjudicar al propietario o conductor del vehículo asegurado, ni servirá de prueba en tal sentido en caso de ejercitarse acciones civiles o penales”.

En definitiva, tanto el propietario como el conductor del vehículo cuya cobertura se aplicó a raíz de un accidente de tránsito para ser determinados como responsables del siniestro deben ser demandados a fin de acreditar la configuración de los elementos de la responsabilidad y, en caso de ser determinados como

responsables del hecho pueden deducir, de las indemnizaciones a que sean condenados, las sumas pagadas por aplicación del SOAP.

Asimismo estos sujetos pueden perseguir las responsabilidades civiles y penales por los daños y perjuicios que hayan sufrido a raíz del accidente, no pudiendo argüir los demandados, como excepción o defensa, la sola circunstancia de que haya operado el seguro obligatorio con que contaba el vehículo asegurado, pues, como dijimos, su aplicación no implica reconocimiento de culpabilidad; pudiendo deducir de las indemnizaciones a que sean condenados lo pagado por concepto del seguro obligatorio.

4.3.9.3 Efectos del pago respecto del asegurado:

Este sujeto se ve obligado a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios por los resultados de muerte o de lesiones corporales que se produzcan como consecuencia de un accidente de tránsito, una vez acreditado que el riesgo es de aquellos cubiertos por el seguro.

Al analizar el concepto de accidente señalamos que estaba caracterizado por ser un suceso eventual que produce daño en las personas o en las cosas, carente de intencionalidad y que dichas características debían darse respecto de las víctimas y no de los sujetos que los producían. Visto desde esta perspectiva poco importa determinar la culpabilidad para el pago de las indemnizaciones del seguro y así se encuentra establecido en la Ley, que señala que acreditado un riesgo bajo cubierto por el SOAP el asegurador se encuentra obligado a pagar, sin necesidad de investigar previamente las responsabilidades del accidente.

Conjuntamente, y a fin de garantizar la efectividad de este seguro, la ley establece que una serie de mecanismos para garantizar la efectividad de este seguro automotriz, contenidas en los artículos 5°, 6°, 10°, 12° de la Ley y 1° y 4° de la

póliza, estableciendo que el asegurador no puede excusarse de su obligación de indemnizar alegando la excepción de contrato no cumplido propia de todo contrato bilateral, por la inobservancia del tomador del seguro de las obligaciones correlativas que el seguro le impone, ni puede oponer a los asegurados ni a sus beneficiarios excepciones que pudiera alegar contra el tomador del seguro por los vicios de que adolezca el contrato y configurando la solidaridad pasiva de las compañías aseguradoras para el pago de las indemnizaciones a los terceros afectados.

El establecimiento de estos mecanismos para garantizar la aplicación rápida y efectiva del seguro, no significa que en definitiva el asegurador se vea obligado a soportar las indemnizaciones y para ello la Ley le provee de acciones para el recupero de lo pagado. Estas acciones se pueden interponer en contra de distintos sujetos dependiendo del fundamento de la acción y de la responsabilidad perseguida, así como también puede accionar contra las demás compañías aseguradoras intervinientes en el accidente cuando paga más de lo debido.

i. Acción de recupero en contra de la persona civilmente responsable:

No obstante que el asegurador asume contractualmente un riesgo de carácter objetivo, es decir, sin una determinación a priori de las responsabilidades civiles de las personas que participan en dicho evento o que lo desencadenan, no se ven afectados los principios generales que regulan la comisión de hechos ilícitos, o sea, aquellos en que se ha producido un daño como consecuencia de una acción dolosa o culposa cuyos autores quedan en la situación de responder civil y penalmente frente a dichos daños.

En lo que se refiere a la responsabilidad civil, podemos encontrarnos en la situación extrema en que el SOAP ha indemnizado íntegramente a la víctima. En

consecuencia, ésta no podría accionar contra el sujeto responsable, pues su pretensión se encuentra satisfecha y no podría recibir dos veces por la misma causa, de esta manera el responsable civil quedaría sin sanción al no existir, en principio, titular de la acción indemnizatoria.

Esta anomalía se soluciona por la vía de la subrogación personal del asegurador que indemniza a la víctima, quien pasa a ocupar el lugar de la víctima con todos sus derechos y acciones, esta subrogación es legal y opera por el solo ministerio de la ley sin necesidad de que el asegurado ceda sus acciones y derechos. De este modo el asegurador que paga puede dirigirse contra el sujeto civilmente responsable para que éste le reintegre las sumas pagadas por concepto de indemnización del daño.

Esta subrogación personal se encuentra establecida en la ley general de seguros y es uno de los efectos propios del pago de las indemnizaciones, en efecto el artículo 553 del Código de Comercio nos señala que “por el pago del siniestro el asegurador se subroga al asegurado en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón del siniestro” y que esta subrogación será total o parcial dependiendo de si el monto de lo pagado cubre íntegramente los perjuicios. El artículo 16 de la Ley 18.490, en su inciso primero, contempla esta subrogación personal; así, acreditado que sea el pago el asegurador se subroga al asegurado por el solo ministerio de la ley en los derechos y acciones contra el civilmente responsable para exigirle la restitución de las sumas pagadas a título de indemnización del daño producido.

ii. Acción de recupero en contra del tomador del seguro cuando resulta ser civilmente responsable del accidente de tránsito:

En la hipótesis de que el causante de los daños sea precisamente el tomador del seguro o propietario del vehículo, cuyo asegurador paga las respectivas indemnizaciones a los terceros que resultan afectados por el accidente de tránsito, de acuerdo a la regla general, contenida en el punto anterior, la compañía aseguradora debería poder accionar para el reembolso de lo pagado contra este civilmente responsable.

Sin embargo, por texto expreso de la ley esta posibilidad se ve fuertemente restringida, pudiendo solamente accionar contra el propietario del vehículo en el evento que éste haya obrado en forma dolosa, es decir, con la intención positiva de dañar a dichos terceros. Así lo expresa en la parte final el inciso primero del artículo 16 de la Ley indicando que “podrá dirigirse para repetir lo pagado bajo la cobertura de accidentes personales, cuando el accidente lo hubiere producido dolosamente”.

En consecuencia, se excluye la acción de reembolso contra el tomador del seguro en los casos en que éste hubiera obrado con culpa o negligencia. Cabe tener presente que en materia civil la culpa grave en cuanto a sus efectos se asimila al dolo, por lo que esta exclusión se debe hacer extensiva a los casos en que se establezca que el tomador actúo con culpa grave.

El fundamento de esta exclusión se encuentra en la circunstancia de que siendo el propietario del vehículo el obligado a contratar este seguro, quien, por tanto, debe soportar el pago de la prima con el consiguiente gravamen en su patrimonio, sería injusto equipararlo a las demás personas que puedan resultar responsables de un accidente de tránsito toda vez que éstas no han debido realizar sacrificio pecuniario alguno.

La circunstancia que la ley establezca la exclusión de la acción de reembolso para los casos en que el tomador haya actuado con culpa no impide, en la práctica, la interposición de la acción pues para acreditar la exclusión se debe probar en juicio dicha actitud dolosa, que de acuerdo a las reglas generales en esta materia no se presume.

iii. Acción de recupero en contra del tomador cuando existe incumplimiento de las obligaciones o una causal de ineficacia del contrato que le sea imputable:

Al estudiar la acción directa de las víctimas y de sus beneficiarios en contra de la compañía aseguradora señalamos como una de sus características la inoponibilidad de excepciones que digan relación con el incumplimiento de las obligaciones contractuales del tomador o con la ineficacia del contrato por alguna causal imputable a ese contratante.

Lo anterior significa que, incluso en el evento de que dichas excepciones sean efectivas y se prueben, no autorizan al asegurador a sustraerse del cumplimiento de su obligación de indemnizar. Ello es consecuencia, además, de que la Ley entiende vigente el contrato por todo el plazo señalado en el respectivo certificado o póliza, el que sólo puede dejarse sin efecto anticipadamente por sentencia judicial ejecutoriada que declare la terminación anticipada del mismo.

Sin duda este sistema es una garantía de protección para las víctimas, pero conlleva una carga injustificada para el asegurador, quien debe hacer frente a su obligación no obstante que el contrato esté viciado o que el tomador incumpla sus deberes contractuales, con los perjuicios que ello le acarrea.

El legislador consciente de la situación desmedrada en que quedaría el asegurador, que además contraría las reglas generales en materia de seguros privados que, en estos casos, facultarían a la compañía para excepcionarse en el

cumplimiento de esta obligación, le otorga una acción de recupero específica en contra del tomador del seguro.

De este modo el artículo 11 de la Ley 18.490 otorga esta acción especial del asegurador en contra del tomador en términos que éste “podrá repetir en contra del tomador del seguro por cualquier cantidad que haya debido abonar como indemnización en los términos de esta Ley, cuando concurran circunstancias que digan relación con la eficacia del contrato de seguro o con el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el tomador que, en otro caso, habrían autorizado al asegurador para no pagar la respectiva indemnización.”

iv. Acción de reembolso en contra de los demás aseguradores, en los casos en que en el accidente de tránsito participen dos o más vehículos con cobertura, respecto de los terceros afectados:

Esta situación que ya analizamos, ocurre en la hipótesis en que producto de un accidente de tránsito resulten afectadas terceros, es decir, personas no transportadas por ninguno de los vehículos con cobertura respecto de quienes todas las compañías aseguradoras son solidariamente responsables del pago de las indemnizaciones, pudiendo las víctimas o sus beneficiarios solicitar las indemnizaciones a todas conjuntamente o a una por el total, convirtiendo la obligación de pagar en una obligación indivisible, en términos que demandada que ésta sea a un asegurador, éste se encuentra obligado al pago del total de la misma sin poder alegar que, existiendo otras compañías involucradas, corresponde dividir la deuda y que, por tanto, sólo se encuentra obligado a un parte de ella.

Esta solidaridad pasiva tiene por objeto facilitar a las víctimas la obtención del pago de las indemnizaciones a que tengan derecho por este seguro personal, pero al igual que en los demás casos en que se establecen reglas especiales para

beneficiar a estos sujetos el legislador ha debido establecer algún medio para restablecer la igualdad y justicia en las prestaciones, pues no siendo necesaria la determinación de la culpabilidad para que opere este seguro, en justicia, todas las compañías aseguradoras deberían concurrir por partes iguales al financiamiento de las indemnizaciones de los terceros afectados. El medio a través del cual se logra restablecer el equilibrio de las prestaciones es mediante la acción de reembolso que la Ley otorga a la compañía aseguradora que paga en contra de las demás compañías intervinientes para el reintegro de lo pagado en exceso, acción que se encuentra establecida en el inciso segundo del artículo 12 de la Ley 18.490.

CAPITULO V

RESPONSABILIDAD

La ocurrencia de accidentes de tránsito, como todos los hechos de la vida diaria, acarrearán una serie de consecuencias jurídicas, es decir, generan derechos y obligaciones para quien o quienes se vean implicados, siendo una de ellas la responsabilidad de quien resulte autor del hecho. Frente a la ocurrencia de accidentes de tránsito quienes resulten afectados buscarán la reparación del daño causado, para lo cual se deben determinar las responsabilidades del caso, pues la “responsabilidad se traduce, generalmente, en la necesidad en que se encuentra una persona de indemnizar los daños ocasionados.”¹⁰⁵

Los accidentes de tránsito como fuentes de obligaciones se pueden definir como hechos ilícitos, que infieren injuria o daño a otra persona ¹⁰⁶, ya sea en su propiedad o en su persona. Vistos desde esta perspectiva entonces debemos decir que constituyen delitos o cuasidelitos civiles, generadores de la responsabilidad extracontractual.

Nuestra legislación para la constitución de la responsabilidad exige la concurrencia de un elemento subjetivo, cual es la presencia de culpa o dolo del autor del daño, en términos tales que su falta exonera de responsabilidad al autor material de los perjuicios. La acreditación de este elemento en materia de

¹⁰⁵ MEZA BARROS, Ramón. “Manual de Derecho Civil. De las Fuentes de las Obligaciones”, Santiago, Jurídica, 6ª Edición, 1979, p. 235.

¹⁰⁶ CÓDIGO CIVIL, Artículo 1437°.

responsabilidad extracontractual corresponde al acreedor, quien, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 270 del Código de Procedimiento Civil, debe probar la intención de dañar o la falta de la debida diligencia; ello significa que las víctimas de un accidente de tránsito se verían obligadas a acreditar culpa o dolo para poder imputar los daños a quien se determine como civilmente responsable de éstos, lo cual debe acreditarse en instancia judicial con los inconvenientes que ello acarrea a los perjudicados con el accidente; debiendo, al mismo tiempo, acreditar la naturaleza y monto de los perjuicio sufridos

La Ley N° 18.490, previendo esta situación, que se traduce en que las víctimas queden desprotegidas, establece en el artículo 6° que “el seguro de accidentes personales a que se refiere esta ley, el pago de las correspondientes indemnizaciones se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte o lesiones que éste originó a las víctimas”. De este modo, haciendo excepción al sistema general de responsabilidad vigente en nuestro ordenamiento, establece una responsabilidad objetiva para la indemnización de los perjuicios que afecten la vida y salud de las personas que resulten de accidentes de tránsito.

Para la más completa comprensión del sistema adoptado por el legislador para este seguro obligatorio, creemos que es importante abordar brevemente el problema de la responsabilidad en nuestro derecho y la manera como este se conjuga con el sistema adoptado en la Ley citada.

1 DEFINICIÓN Y CLASES DE RESPONSABILIDAD

“En su acepción más amplia, la noción de responsabilidad implica la de culpabilidad, que es la que, de ordinario constituye su fundamento. En este sentido se dice que un individuo es responsable de un hecho cuando éste le es imputable, cuando lo ha ejecutado con suficiente voluntad y discernimiento. Esta es la acepción que la Moral y el Derecho Penal le dan generalmente.

La responsabilidad puede ser moral o jurídica, atendiendo a si lo infringido son los mandatos de la moral o de la religión o si el hecho u omisión causa daño a otra persona o se encuentra penado en la ley por ser contrario al orden social.

En la responsabilidad jurídica se distinguen dos grandes grupos, constituidos por la responsabilidad civil y penal. Aquélla proviene de un hecho o de una omisión que causa daño a otro, pudiendo consistir en la inejecución de un contrato, en la comisión de un delito o cuasidelito civil o provenir simplemente de la ley, siendo fundamental para su configuración que se haya causado un daño a la persona o propiedad de otro; ésta proviene de un delito o cuasidelito penal, de una acción u omisión voluntaria o culpable penada por la ley, existiendo “independientemente de toda idea de daño, es decir, aunque éste no se produzca”¹⁰⁷.

Ambas responsabilidades jurídicas presentan una serie de diferencias siendo relevantes para la materia que nos ocupa tres diferencias, que dicen relación con la manera de constituir el ilícito y la naturaleza y grado de la sanción:

1° Manera de definir el ilícito generador de responsabilidad:

En Derecho Civil es delito y cuasidelito el hecho ilícito, doloso o culpable, que causa daño, en tanto que en el Derecho Penal sólo es tal el hecho ilícito, doloso o culpable, penado por la Ley, caracterizándose, en consecuencia, por el hecho de encontrarse penados por la ley. Para determinar si un hecho ilícito constituye un delito o cuasidelito civil, hay que averiguar si causó daño a la persona o propiedad de otro; en cambio, para determinar si ese mismo hecho constituye o no un delito o cuasidelito penal es menester averiguar si está penado por la Ley, y sólo lo será en caso afirmativo

2° Naturaleza y extensión de las sanciones:

La responsabilidad penal tiene como sanción las penas que determinada en la ley y cuya extensión se determina atendiendo a la gravedad del hecho y a la concurrencia de circunstancias atenuantes o agravantes; en cambio, la responsabilidad delictual y cuasidelictual civil acarrea como sanción la reparación del daño causado, que ordinariamente consiste en una cantidad de dinero cuyo monto se determina en atención a la cuantía del daño y no a la gravedad del hecho.

3° Capacidad: La capacidad para contraer una responsabilidad penal se adquiere a los dieciséis años siendo siempre el Juez de Menores determine que los menores de edad han obrado con discernimiento, ésta es plena a los dieciocho años. La capacidad para ser responsable civilmente se adquiere a los siete años, los mayores de siete y menores de dieciséis son responsables a condición de que a juicio del tribunal hayan obrado con discernimiento; la plena capacidad civil comienza a los dieciséis años.¹⁰⁸

¹⁰⁷ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Arturo. “De la Responsabilidad Extracontractual en el Derecho Civil Chileno”, Santiago, Ediar Editores Ltda., 1983, P. 27.

¹⁰⁸ CÓDIGO CIVIL, Artículo 2319.

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL

De lo expuesto se deduce que en Derecho Civil la responsabilidad no se define por su fundamento, que puede variar, sino por su resultado, es decir, por las consecuencias jurídicas que el hecho acarrea para su autor. En este sentido se dice que un individuo es responsable cuando está obligado a indemnizar un daño, y, por tanto, existe responsabilidad cada vez que una persona debe reparar el perjuicio o daño sufrido por otra. Puede, pues, definírsela diciendo que es la obligación que pesa sobre una persona de indemnizar el daño sufrido por otra”.¹⁰⁹

La responsabilidad civil tiene por objeto, en principio, reparar íntegramente el daño injustamente causado a una víctima inocente y procura que todo daño inferido a la persona o propiedad de otro sea reparado, es decir, busca determinar quién debe soportar ese daño, si la víctima o su autor.

Nuestro Código Civil, inspirado en las corrientes ideológicas francesas dominantes a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, estructura toda la normativa de la responsabilidad civil, que se traduce en la obligación de indemnizar el daño causado, en torno a dos elementos: a) La existencia de un daño y b) la intervención de culpa.

“Este modo de estructurar el fenómeno de la indemnización de la indemnización obedeció a que a fines del siglo XVIII aún no se sentían los efectos de la primera revolución industrial; existía, en cambio, una gran influencia de los juristas intermedios, bajo la guía de los teólogos y moralistas medievales, que concebían la responsabilidad sólo como una consecuencia del actuar culpable, reprobable o pecaminoso. La responsabilidad civil estaba destinada más a moralizar conductas individuales que a asegurar a la víctima la reparación de los

¹⁰⁹ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p.

perjuicios; la conciencia social estaba habituada a esquemas de pensamiento trascendente: el que sufría un daño se resignaba, pues veía la mano de Dios o de la Providencia en ello; además faltaban medios tecnológicos para la determinación o prueba de la culpabilidad”.¹¹⁰

Dependiendo del hecho que origina esta clase de responsabilidad, ésta puede ser contractual, delictual o cuasidelictual y legal o sin culpa; por su parte, la responsabilidad delictual o cuasidelictual y la legal constituyen la denominada "responsabilidad extracontractual".

1.2 RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y DELICTUAL. DIFERENCIAS.

La responsabilidad contractual proviene de la violación de un contrato, consistiendo en la obligación de indemnizar al acreedor el perjuicio que le causa el incumplimiento del contrato o su cumplimiento perfecto, cuyos requisitos de procedencia son: existencia de un contrato, existencia de un daño causado por una de las partes en perjuicio de la otra y relación de causalidad entre el incumplimiento de la obligación y el daño causado. La responsabilidad delictual o cuasidelictual, llamada genéricamente responsabilidad extracontractual civil, en cambio, proviene de un hecho que ha inferido injuria a la persona o propiedad de otra, no deriva de la inexecución de una obligación preexistente pues no existe relación o vínculo jurídico alguna entre la víctima y el autor del daño o si la hay se produjo al margen de ella; en este punto radica su gran diferencia. Finalmente, la responsabilidad legal es la que deriva exclusivamente de la ley. Se llama también

¹¹⁰ SALINAS UGARTE, Gastón. “El Seguro de la Responsabilidad Civil y la Acción Directa”, Tesis para optar al grado de Magister en Derecho con mención en Derecho Privado, Escuela de Graduados, Facultad de Derecho, Universidad de Chile, Santiago, 1999, p. 10.

sin culpa porque existe aunque de parte del sujeto exista la más mínima culpa y provenga de hechos lícitos o permitidos por la autoridad, “para los partidarios de la teoría del riesgo, esta responsabilidad es una aplicación de ella. Para los que no admiten que pueda haber responsabilidad sin culpa, se trataría de una simple obligación legal de garantía o de seguro, a que ni siquiera debería llamarse responsabilidad.”¹¹¹

Esta diferencia explica y justifica que el legislador las reglamente separada y distintamente, en términos que las reglas establecidas para una son inaplicables para la otra. Así, mientras la responsabilidad contractual está reglamentada en el Título 12 del Libro IV del Código Civil, al tratar los efectos de las obligaciones, la responsabilidad delictual y cuasidelictual lo está en el Título 35 del mismo libro, dedicado especialmente a los delitos y cuasidelitos.

Además de la diferencia mencionada, que se traduce en que ambas tengan una naturaleza distinta, existen otras diferencias que brevemente señalaremos:

- Capacidad:

En materia delictual y cuasidelictual es más amplia que en materia contractual, pues mientras la capacidad para contratar se adquiere, en general, a los dieciocho años, la plena capacidad delictual o cuasidelictual se adquiere a los dieciséis años, pero el menor de edad mayor de siete puede ser responsable si a juicio del juez obró con discernimiento.

- Gradación de la culpa:

En materia contractual admite graduaciones, distinguiéndose entre culpa grave, leve y levísima¹¹², haciéndose responsables las partes de acuerdo al beneficio que el contrato les reporte, por tanto, no toda culpa del deudor le hace incurrir en

¹¹¹ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 98.

responsabilidad, ello depende de la clase de culpa de que sea responsable de acuerdo a la naturaleza del contrato y a lo estipulado por las partes. En materia delictual y cuasidelictual, en cambio, la culpa no admite graduación por lo que toda falta de diligencia o cuidado, por levísima que sea, engendra responsabilidad.

- Mora:

Mientras que en materia contractual es menester constituir en mora al deudor para que pueda demandársele indemnización de perjuicios, a menos que la obligación sea de hacer, en materia delictual o cuasidelictual no es necesario constituir en mora, porque el perjuicio resulta de la sola existencia del hecho.

- Extensión de la reparación:

En materia delictual y cuasidelictual es completa, comprendiendo todo el daño sufrido por la víctima, en cambio, en materia contractual el deudor sólo es responsable de los perjuicios previstos o que se pudieron prever al tiempo del contrato, salvo que pueda imputársele dolo, en cuyo caso responde aún de los imprevistos.

- Solidaridad:

Si un delito o cuasidelito ha sido cometido por varias personas, cada una de ellas es solidariamente responsable de los perjuicios causados ¹¹³, en tanto que los diversos codeudores de una obligación contractual sólo excepcionalmente, por disposición de las partes o de la ley, responden solidariamente.

- Prescripción:

¹¹² CÓDIGO CIVIL, Artículo 44.

Mientras la acción para reclamar el daño causado por un delito o cuasidelito prescribe en cuatro años, la acción para reclamar perjuicios por el incumplimiento de una obligación contractual prescribe por regla general en cinco años.

- Peso de la prueba:

Constituye la principal y más importante diferencia entre ambas responsabilidades.

En la responsabilidad contractual el acreedor sólo debe probar la existencia de una obligación y su incumplimiento, sin necesidad de acreditar que el incumplimiento proviene de culpa del deudor, pues ésta se presume. Por ello es el deudor quien lleva la carga de la prueba, quien debe acreditar que el incumplimiento de la obligación no le es imputable, sea acreditando caso fortuito, fuerza mayor o que empleó en ella la debida diligencia o cuidado.

“En materia de responsabilidad delictual o cuasidelictual, en cambio, es la víctima que reclama la correspondiente indemnización, quien debe probar el hecho doloso o culpable que imputa al demandado, salvo que la ley presuma la culpabilidad de éste, ..., a falta de esta prueba , la demanda será rechazada”¹¹⁴, el acreedor (víctima) debe probar que el daño causado es imputable a culpa del que lo ocasionó.

En consecuencia, la imposibilidad de establecer exactamente la causa del daño proveniente de un hecho ilícito perjudica a la víctima, quien deberá soportar ese daño por sí sola, en tanto que la imposibilidad de establecer la causa del incumplimiento de la obligación contractual favorece al acreedor, pues significa que el deudor no pudo acreditar su irresponsabilidad

¹¹³ CÓDIGO CIVIL, Artículo 2317.

2 RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL

2.1 FUNDAMENTO DE LA RESPONSABILIDAD DELICTUAL

En atención a su fundamento la responsabilidad delictual o cuasidelictual civil puede ser objetiva o subjetiva. Es subjetiva la que se funda en el dolo o culpa del agente, es objetiva la que se funda en el riesgo

“La responsabilidad subjetiva supone necesariamente la culpabilidad de su autor; no existe sino a condición de que el hecho perjudicial provenga de su dolo o culpa. Para saber si la hay, es de rigor analizar la conducta del sujeto; por eso se la llama subjetiva. De ahí que sólo pueda afectar a las personas que tengan voluntad suficiente para darse cuenta del acto que ejecutan. ...

La responsabilidad objetiva prescinde en absoluto de la conducta del sujeto, de su culpabilidad; en ella se atiende única y exclusivamente al daño producido. Basta éste para que su autor sea responsable, cualquiera que haya sido su conducta, haya habido o no culpa o dolo de su parte. Es el hecho perjudicial, el hecho liso y llano y no el hecho culpable o doloso el que genera la responsabilidad. El que crea un riesgo, el que con su actividad o su hecho causa un daño a la persona o propiedad de otro, debe responder de él”¹¹⁵; “un elemento totalmente diverso sirve de fundamento a la responsabilidad: el riesgo, pasando a ser la responsabilidad un problema de causalidad y no de imputabilidad”¹¹⁶, en que quien desarrolla una actividad peligrosa y crea un riesgo debe soportar las consecuencias, justa contrapartida del beneficio o del agrado que dicha actividad le reporta.

¹¹⁴ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 53.

¹¹⁵ Ibid, p. 92-93.

¹¹⁶ MEZA BARROS, Op. cit., p. 245-246.

Nuestro Código Civil adopta la doctrina clásica o subjetiva, estableciendo el fundamento de la responsabilidad en la culpa del autor del daño, implicando como requisito esencial que el daño sea imputable a su autor, es decir, es determinante la actividad o conducta del sujeto para el establecimiento de la responsabilidad; diversas disposiciones de dicho cuerpo legal muestran, inequívocamente, que la concepción clásica ha sido adoptada en nuestro sistema, así, por ejemplo, se constata de lo dispuesto en los artículos 2284, 2314, 2319, 2322, 2323, 2929 y 2333 de dicho código. Según ella, como los hombres pueden actuar libre e independientemente, cada uno debe recoger los beneficios que le proporcione su actividad y soportar los daños causados por la naturaleza o el hecho ajeno. No basta que un individuo sufra un daño en su persona o bienes para que su autor deba repararlo, sino que es menester que provenga de un hecho doloso o culpable

Esta doctrina se critica principalmente por los problemas que plantea para la víctima la prueba de la culpa y por la constatación de que en numerosos casos la causa de los accidentes permanece oscura o simplemente ignorada.

2.2 ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD DE ACUERDO AL SISTEMA SUBJETIVO

Los artículos 2314 y 2329 del Código Civil destacan dos factores esenciales de la responsabilidad: El daño y la culpa o el dolo; a ellos debemos añadir que entre ambos debe mediar una relación de causa a efecto, y todavía, que la persona a quien se trata de hacer responsable por el daño causado por su culpa o dolo esté dotada de capacidad.

Así, resulta que son cuatro los elementos de la responsabilidad extracontractual:

2.2.1 **Daño:**

Es un elemento esencial del delito y cuasidelito, la obligación de indemnizar supone necesariamente que se haya ocasionado un daño, pues sin interés no hay acción y la obligación de reparar un daño nace precisamente de haberse causado. Se define como “todo menoscabo que experimente un individuo en su persona y bienes, la pérdida de un beneficio de índole material o moral, de orden patrimonial o extrapatrimonial”¹¹⁷; que, para ser indemnizado es preciso que sea cierto, es decir, debe ser real y efectivo tanto que de no mediar él la víctima se habría hallado en mejor situación. La certidumbre dice relación con su existencia y no con su prueba, por lo que las dificultades en determinar su cuantía y determinación no inciden en su certeza. Además se exige que el daño sea directo o consecuencia cierta y necesaria del hecho ilícito lo que está en íntima relación con la exigencia de una relación de causalidad entre el hecho ilícito y el daño.

Dependiendo de lo lesionado éste se clasifica en daño material (consiste en una lesión de carácter patrimonial por el menoscabo del patrimonio o de los medios de acción de la víctima) y en daño moral (consiste en el dolor, la aflicción, el pesar que causa a la víctima el hecho ilícito).

2.2.2 **Dolo y culpa:**

De acuerdo a lo prescrito en el artículo 2284 del Código Civil el daño no genera responsabilidad sino a condición de que sea imputable a dolo o culpa; ejecutado con dolo, el hecho importa un delito, cometido con culpa, constituye un cuasidelito.

El dolo, definido en el artículo 44 del dicho cuerpo legal como “la intención positiva de inferir injuria a la persona o propiedad de otro”, supone un propósito

¹¹⁷ Ibid, p. 248.

preconcebido de dañar, el deseo de ver realizado el daño que es consecuencia de una acción u omisión. “Éste se aprecia en concreto: el juez debe examinar la conciencia de su autor, su estado de ánimo, puesto que consiste en la intención de dañar y esta intención sólo puede conocerse analizando los móviles que la guiaron.”¹¹⁸

La culpa ha sido definida en nuestro Código Civil graduándola y aunque las definiciones que da se refieren más bien a la culpa contractual, pues la culpa extracontractual no admite tales gradaciones, son aplicables igualmente en materia de delitos y cuasidelitos, tanto porque la culpa es una misma en materia contractual y en materia delictual, cuanto porque el artículo 44 se limita a decir que la ley distingue tres especies de culpa o descuido, que enseguida define sin referirlas a una materia determinada. De esas definiciones se desprende que la culpa es la falta de aquella diligencia o cuidado que los hombres prudentes emplean ordinariamente en sus actos o negocios, según esto la culpa es un error de conducta que supone descuido, imprudencia, negligencia, falta de precaución, atención o vigilancia, sin que sea de rigor que haya una infracción reglamentaria.

Esta definición supone necesariamente una comparación entre la conducta del autor del daño y la que habría observado un tipo de hombre ideal¹¹⁹ de ello se sigue que su apreciación es en abstracto, esto es, “comparando la conducta del agente con la de un hombre prudente colocado en su misma situación.”¹²⁰

2.2.3 Relación de causalidad entre el dolo o culpa y el daño:

Para incurrir en responsabilidad no basta que el hecho ilícito se haya cometido con dolo o culpa y que efectivamente se haya producido daño, es

¹¹⁸ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 168

¹¹⁹ Artículo 44 del Código Civil habla de “buen padre de familia”.

¹²⁰ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 174.

necesario que, además, el daño sea el resultado de la culpa o dolo, esto es, que medie entre ambos elementos una relación de causa a efecto.

Esta relación se produce cuando el dolo o la culpa son la causa necesaria y directa del daño o, visto desde la perspectiva del daño, cuando éste es la consecuencia necesaria, lógica y directa del hecho doloso o culposo, de manera que si no hubiera mediado entonces el daño no se habría producido. Poco importa que el daño tenga una o varias causas o que se produzca coetáneamente con el hecho ilícito o tiempo después.

“Si una persona lesionada levemente por culpa del conductor de un vehículo muere por no haberse cuidado o por un error cometido por el médico tratante, ese conductor sólo responde por las lesiones que le haya inferido, pero no del daño que se cause con su muerte, pues la causa precisa y necesaria de ésta no fue el atropellamiento. Por consiguiente, para saber si un daño es directo y, por lo mismo, indemnizable no debe atenderse a su mayor o menor proximidad con el hecho ilícito, a si es inmediato o mediato sino únicamente a si entre el hecho ilícito y el daño hay una relación de causa a efecto, a si el daño es su consecuencia lógica y necesaria.”¹²¹

2.2.4 **Capacidad:**

Como consecuencia lógica del sistema subjetivo que nuestra legislación adopta, es condición esencial de la responsabilidad que el autor del delito o cuasidelito tenga suficiente discernimiento. Se considera que el autor posee discernimiento desde que se encuentra en situación de discernir acerca del sentido

¹²¹ Ibid, p. 234

de sus actos, desde que tiene conciencia del bien y del mal y puede discernir entre el acto lícito y el acto ilegítimo y perjudicial; por este motivo son plenamente capaces en materia extracontractual personas que carecen total o parcialmente de capacidad para contratar.

La regla general es que todas las personas sean capaces, constituyendo las únicas excepciones aquellas descritas en el artículo 2319 del Código Civil; este precepto señala que son incapaces de delito y cuasidelito civil los dementes, los infantes y los mayores de siete años y menores de dieciséis que hayan obrado sin discernimiento.

2.3 FUENTES DE LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL

Como señalamos anteriormente las fuentes de la responsabilidad civil son: El contrato, o mejor dicho su infracción, los delitos y cuasidelitos y la ley. En el primer caso, se la denomina responsabilidad contractual, en el segundo delictual y cuasidelictual o extracontractual y en el tercero legal.

De lo expuesto se desprende que fuentes de responsabilidad extracontractual son los delitos o cuasidelitos, caracterizándose por el hecho de inferir injuria o daño a otra persona, así fluye de la conjugación de lo expresado en los artículos 1437 y 2314 del Código Civil; y, la ley.

Los delitos y cuasidelitos civiles se diferencian en la intención de su autor, pues, mientras el primero supone dolo, la intención positiva de inferir injuria a la persona o propiedad de otro, es decir, el daño ha sido deseado; el segundo supone culpa, falta de diligencia o cuidado, en otros términos imprudencia, negligencia o

descuido, faltando aquel deseo de dañar a otro.¹²² En consecuencia difieren por un elemento de carácter psicológico.

En el ámbito civil esta distinción carece de interés práctico porque ambos son hechos ilícitos calificados por su resultado que obligan a su autor a reparar el daño causado, cuya forma y totalidad son idénticas pues para su determinación se atiende al resultado y no a la naturaleza del hecho que lo generó. Tanto es así que nuestro Código Civil los ha sometido a una misma y única reglamentación y siempre los menciona conjuntamente. Sin embargo, no es necesario efectuar esta apreciación de la conducta del autor del daño si éste proviene de la violación de una obligación determinada impuesta por la ley o un reglamento, cuando así ocurre hay culpa por el sólo hecho de que el agente haya ejecutado el acto prohibido no haya realizado el ordenado por la ley o el reglamento, pues significa que omitió las medidas de prudencia que una u otro estimaron necesarias para evitar un daño.

2.4 ACCIÓN PARA PERSEGUIR LA RESPONSABILIDAD

2.4.1 Sujetos activos de la acción

Respecto de este aspecto de la responsabilidad extracontractual se debe destacar que la acción para reparar el daño causado a las personas, sea de carácter material o moral, pueden intentarla, en primer término, la víctima principal o directa, las víctimas indirectas y los herederos de éstas en contra de las personas señaladas en el artículo 2316 del Código Civil, quienes son solidariamente responsables de todo perjuicio procedente del mismo delito o cuasidelito y pasamos a enumerar.

a.- El autor o causante del daño:

¹²² CÓDIGO CIVIL, Artículo 2284.

En materia civil se considera autor del daño “a todos los que han concurrido a provocar el daño, sea como autores propiamente tales, sea como cómplices o encubridores”¹²³.

b.- Las personas civilmente responsables:

Aquellas que responden por el hecho ajeno.

c.- Las personas que se aprovechan del dolo ajeno:

Son quienes sin tener conocimiento del dolo se aprovechan de la comisión del ilícito, pero sólo hasta concurrencia del provecho que éstos hayan obtenido.

d.- Los herederos de las personas señaladas en los puntos anteriores:

Pues la obligación de indemnizar es transmisible por causa de muerte y así lo confirma el artículo 40 del Código de Procedimiento Penal al establecer que la “acción civil puede entablarse contra el personalmente responsable del delito y contra sus herederos”.

2..4.1 **Extensión de la reparación del daño**

La extensión de la reparación depende de la magnitud del daño causado, debiendo resarcirlo, por regla general, íntegra y totalmente, sin embargo, debe reducirse cuando en la producción del daño interviene culpa por parte del propio afectado; en efecto, la mutua culpa del autor del daño y del que lo ha sufrido impone una compensación de culpas y la responsabilidad tiene que ser compartida en proporciones diferentes que dependen de la gravedad de la culpa de cada cual.¹²⁴

Frente a esta materia cabe preguntarse si es posible acumular indemnizaciones a la indemnización que debe pagar el autor del daño, provenientes de terceros por el mismo hecho. “Una objeción se ofrece de inmediato. Por de

¹²³ MEZA BARROS, Op. cit., p. 286.

pronto la acumulación importaría un enriquecimiento sin causa para la víctima”¹²⁵, quien ya habría sido reparada por el autor del daño por lo que habría desaparecido el perjuicio a reparar por las otras indemnizaciones. “La solución se encuentra indagando si la prestación del tercero significa o no una reparación del daño causado. Ante la respuesta afirmativa, no cabría el cúmulo que importaría una doble indemnización o reparación del daño”¹²⁶, pero como los seguros de personas no tienen por objeto reparar el daño que significa la muerte u otro accidente entonces se puede acumular a la indemnización del autor aquellas provenientes de la aplicación de la cobertura y así se establece para el caso del SOAP en el artículo 15 de la Ley 18.490.

3 RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DEL TRÁNSITO

3.1 FUENTES DE RESPONSABILIDAD

El daño a las personas o a las cosas es consustancial a la noción de accidente de tránsito, es decir, sin aquél no existe éste. Conocemos de las cifras alarmantes de accidentes y víctimas del tránsito, luego, cabe preguntarse ¿quién y en virtud de qué fundamento debe asumir los referidos daños derivados de un accidente de tránsito?.

El derecho civil alude al concepto de responsabilidad cada vez que una persona se coloca en el deber de reparar, resarcir, indemnizar o satisfacer cualquier

¹²⁴ CÓDIGO CIVIL, Artículo 2330.

¹²⁵ MEZA BARROS, Op. cit., p. 291.

¹²⁶ Ibid, p. 291.

pérdida, perjuicio, detrimento o daño sufrido por otra. Por esto, la responsabilidad es definida como "la obligación que pesa sobre una persona de indemnizar el daño sufrido por otra."¹²⁷

Ahora bien, este deber de reparación del daño causado puede tener como fuente un contrato, cuando es infringido, la comisión de un delito o cuasidelito o la ley; distinguiéndose de esta manera la responsabilidad contractual en el primer caso, delictual o cuasidelictual en el segundo y legal en el tercero.

Por su parte y como ya hemos señalado, la responsabilidad delictual y cuasidelictual y la ley constituyen la responsabilidad extracontractual.

3.1.1 **Responsabilidad contractual**

Ocurre en la vida diaria que durante la ejecución o con ocasión de un contrato, uno de los contratantes sufra un daño como resultado de un accidente; así por ejemplo, en los contratos de transporte de personas puede ocurrir que un pasajero de un bus interprovincial resulte lesionado o fallezca como consecuencia de un choque producido durante el viaje. En este supuesto, la responsabilidad será contractual si el contrato obliga a reparar el daño causado por el accidente como consecuencia de la obligación que impone al otro contratante de responder de los riesgos de una actividad que le beneficia; en este caso el contrato, por la voluntad de las partes crea una obligación de seguridad, pero asimismo la ley o la costumbre pueden crear una obligación de seguridad, es decir, de asegurar la integridad de la persona del otro contratante.

Algunos ejemplos, en los cuales el daño causado en un accidente de tránsito puede acarrear responsabilidad de carácter contractual, son:

- Contrato de transporte de personas o mercancías:

¹²⁷ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 11.

Se establece que los daños corporales que sufran los pasajeros o los perjuicios por la destrucción o daño que experimenten las mercancías como consecuencia de un accidente durante el traslado de ellos, constituyen una infracción de una obligación contractual, cual es la del porteador de conducir al pasajero al lugar de su destino sano y salvo ¹²⁸o la de entregar la mercancías a satisfacción del consignatario, pues el porteador se encuentra obligado a la custodia y conservación de las mercancías en la misma forma que el depositario asalariado, siendo responsable de todas las infracciones de las leyes, ordenanzas y reglamentos que cometiere tanto en el curso del viaje como en su entrada al lugar de destino de las mismas.¹²⁹

- Contrato de compraventa de un vehículo:

Si el comprador de un vehículo motorizado sufre un accidente a causa de un vicio oculto de la cosa, por ejemplo si fallan los frenos por un defecto de fabricación y el automóvil choca resultando herido su conductor o un tercero a quien el comprador deba indemnizar, y el vendedor conocía el vicio y no lo declaró, o si el vicio era tal que debió conocerlo en razón de su profesión u oficio, entonces su responsabilidad es contractual. En este caso el vendedor es obligado no sólo a la restitución o a la rebaja del precio sino también es obligado a la indemnización de los perjuicios causados.

- Contrato de arrendamiento de un vehículo:

Si una persona arrienda un vehículo y sufre un accidente a causa del mal estado o calidad del bien arrendado y el arrendatario ignoraba el vicio o pudo ignorarlo sin grave negligencia de su parte, la responsabilidad es del arrendador.

¹²⁸ CÓDIGO CIVIL, Artículos 2014 y 2015; CÓDIGO DE COMERCIO, Artículos 171 y 207.

Esta responsabilidad es contractual ya que el arrendador se encuentra obligado a mantener la cosa arrendada en estado de servir para el fin que ha sido arrendada (artículo 1924 del Código Civil) y debe indemnizar al arrendatario el daño emergente que éste sufra cuando por el mal estado de la cosa no le pudo dar el uso para el cual fue arrendada, si el vicio tenía una causa anterior al contrato, y aún el lucro cesante si el vicio era conocido por el arrendador al tiempo de su celebración o era tal que, por los antecedentes, debió preverlo o por su profesión conocerlo (artículo 1936 del Código Civil).

- Comodato:

Si el comodatario sufre un daño en su persona por la mala calidad o condición del objeto prestado (como podría serlo un vehículo motorizado) y esta deficiente calidad o condición reúne las características señaladas en el artículo 2192 del Código Civil, la responsabilidad del comodante es contractual.

3.1.2 **Responsabilidad delictual o cuasidelictual**

Podemos decir que nos encontramos en el ámbito de la responsabilidad delictual o cuasidelictual cuando entre el autor del daño y la víctima no existe vínculo jurídico anterior referido al hecho que genera la obligación de reparar el daño causado. De este modo, e conductor que dolosa o culposamente atropella a un peatón, causándole lesiones, estará obligado a indemnizar los daños y perjuicios ocasionados a la víctima, pero debido al sistema subjetivo adoptado por nuestra legislación sólo se verá obligado a indemnizar una vez que se acredite que el hecho fue cometido con culpa o dolo; sin perjuicio de la responsabilidad penal que pueda caber en virtud del mismo hecho.

¹²⁹ CÓDIGO CIVIL, Artículo 2015; CÓDIGO DE COMERCIO, Artículos 196, 199 y 200.

En consecuencia, en virtud de la denominada teoría clásica de la responsabilidad, además de la conducta, del daño y de una relación de causalidad material entre los dos primeros se requiere la existencia de una causalidad psicológica, es decir, de un estado de ánimo que vincule el resultado dañoso con el causante o autor del mismo.

3.1.3 **Responsabilidad legal**

Como un ejemplo de responsabilidad legal, del mayor interés y relevancia, en sede extracontractual, derivada de accidentes del tránsito, podemos mencionar la responsabilidad solidaria del propietario con el conductor del vehículo en el pago de los daños y perjuicios causados por este último a terceros, establecida en el inciso segundo del artículo de la Ley N° 18.290 el que establece, “sin perjuicio de la responsabilidad de otras personas en conformidad al derecho común, se encontrarán obligadas solidariamente al pago de los daños y perjuicios causados, el conductor y el propietario del vehículo, a menos que este último pruebe que el vehículo le ha sido tomado sin su conocimiento o autorización expresa o tácita.”

De forma tal que, acreditada que sea que una persona es propietaria de un automóvil causante de un evento dañoso surge para ésta la responsabilidad directa, automática e ineludible de indemnizar el daño causado mediante el objeto de su propiedad; con la peculiaridad de ser esta una responsabilidad directa que otorga a las víctimas la posibilidad de elegir a quien demandar entre quienes se considera responsables del daño, es decir, entre el conductor culpable y el propietario del vehículo protagonista del hecho lesivo.

Lo recién expresado tiene como supuesto fundamental la culpabilidad del conductor en el evento daños, pues de lo contrario no surge “deuda indemnizatoria alguna ni individual ni solidaria. Nada tiene que ver con la responsabilidad civil la

circunstancia de que el conductor absuelto de culpa en el accidente de tránsito, haya sido multado por guiar, en el momento del choque, sin la licencia que lo habilita para conducir el vehículo motorizado que intervino en la colisión.”¹³⁰

3.2 LA CULPA COMO FUNDAMENTO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL Y SUS CONSECUENCIAS ESPECIALMENTE EN EL ÁMBITO DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Como ya hemos dicho, nuestro legislador adoptó la teoría clásica de la responsabilidad basada en la culpa, según la cual, como los hombres pueden actuar libre e independientemente, cada uno debe recoger los beneficios que su actividad o la suerte le proporcionen, debiendo soportar los daños causados por la naturaleza o por el hecho ajeno. No es suficiente que un individuo sufra un daño en su persona o bienes para que su autor deba repararlo, para ello es menester que dicho perjuicio provenga de un hecho doloso o culpable, pues sin dolo o culpa no hay responsabilidad.

Nuestros Tribunales de Justicia han resuelto, en forma unívoca, que la responsabilidad delictual o cuasidelictual civil es procedente en la medida que el autor del daño haya actuado con culpa o dolo.

Este sistema, al tener un fundamento de orden subjetivo, exige que deba averiguarse el nexo psicológico entre la conducta del sujeto y el daño causado, es decir, si se obró con la intención de causar daño o si este se produjo sin la intención de dañar; lo que lleva a que, en la práctica, la prueba de este requisito sea

¹³⁰ VODANOVIC H., Antonio. “Derecho y Jurisprudencia del Tránsito y de los Vehículos Motorizados”, Santiago, Conosur, 1994, p. 259. “Córdova Roldán Héctor con Ormeño Bustos Pedro, considerandos 9º al 12º”, Corte de Apelaciones de Concepción, 5 de Agosto de 1980,

muy difícil y, a veces, imposible, dejando a las víctimas en una situación de desamparo y desigualdad.

En efecto, este sistema tiene inconvenientes, hoy en día para nadie desconocidos, para las víctimas y de hecho dista mucho de hacerles justicia.

“En primer lugar, se dan muchos casos en que las víctimas no son indemnizadas y esto es particularmente inquietante en los países en vías de desarrollo como Chile, en que los mecanismos de seguridad social son muy limitados y los seguros privados no son frecuente debido al elevado costo que tienen para el común de las personas.

En segundo lugar, las circunstancias precisas de los accidentes sobre la base de las cuales puede evaluarse la conducta de las personas que en ellos intervienen, son generalmente poco claras y pueden deberse a un sinnúmero de causas probables. Por ello, el resultado de las controversias judiciales entre las víctimas y los causantes del daño depende de las pruebas que aporten las partes, en especial, las declaraciones de testigos que, las más de las veces no han sido presenciales de los acontecimientos ...”¹³¹

En tercer lugar, y si es que en la especie existen seguros privados comprometidos, los aseguradores de los causantes de los daños tratan de sustraerse o declinar en su responsabilidad. De esta forma, la víctima como tercero ajeno al contrato de seguro, que no cuenta con acción judicial directa en contra de la compañía aseguradora deberá primero acreditar la responsabilidad del asegurado en un juicio de lato conocimiento y sólo una vez finalizado dicho proceso surge para el asegurador la obligación de indemnizar, en virtud del seguro de responsabilidad que protege al autor del daño y demandado. En estas

¹³¹ CONTRADO GONZÁLEZ, Op. cit., p. 18.

circunstancias, la víctima, al no poder soportar un juicio en contra del asegurado que, además de durar mucho tiempo, origina gastos e incertidumbre respecto de su resultado se ve en la necesidad de aceptar una indemnización ofrecida por la aseguradora que no se compadece con el daño realmente sufrido.

Así, la responsabilidad por culpa aplicada a los accidentes de tránsito parece insuficiente, no asegurando la obtención de justicia.

Por otro lado y desde la perspectiva del autor del accidente de tránsito, tampoco la culpa en su concepto clásico nos parece suficiente, pues esta se encuentra pensada para aquellos casos en que frente a varias hipótesis posibles el individuo opta por una deliberadamente debiendo, por tanto, asumir sus consecuencias o, al menos, no habiendo optado por una se la representó y de todos modos llevo a cabo el acto u omisión. En los accidentes de tránsito ello generalmente no ocurre y, más aún, suele ocurrir que ocurran contra la voluntad del autor que no pudo evitar la maniobra del objeto y quien muchas veces se convierte en el principal afectado con el accidente; además, frecuentemente existe una desproporción trágica entre la culpa y sus consecuencias.

La culpa se define como una forma de comportamiento razonable, sin embargo, todos los días se producen accidentes de tránsito causados por hombre que podrían calificarse como juiciosos y prudentes en su actuar. Se es culpable de una distracción, de un segundo de descuido, de una reacción desafortunada ante un imprevisto, se puede de tratar de errores lamentables por parte de los mejores conductores o de los peatones más cuidadosos, que son propios de nuestra naturaleza humana.

En síntesis, no hay duda que en la mayoría de los accidentes de tránsito podemos encontrar un principio de culpa, pero, sobre todo, en estos sucesos

“resulta vano poner frente a frente a dos individuos para, en un subjetivismo exacerbado, perderse en un dédalo jurídico de matizaciones, como si antes y por encima de la actuación del agente no hubiese una latente situación de acusado riesgo emanate de una determinada actividad”.¹³²

Por ello el axioma tradicional de que no es factible responsabilidad sin la comprobación previa de una actuación culposa del agente debe morigerarse e incluso en determinadas circunstancias obviarse en pos de una mejor resolución de los conflictos emergentes de la vida en sociedad.

3.2 LA CONDUCTA CULPABLE EN LA LEGISLACIÓN DEL TRÁNSITO

Del artículo 44 del Código Civil se ha definido la culpa como aquella falta de diligencia o cuidado que los hombres prudentes emplean ordinariamente en sus actos y negocios propios. Así la imprudencia, la negligencia, la falta de precaución, de atención o vigilancia y la impericia son especies del género denominado culpa previstas en nuestra legislación común.

Ahora bien, frente al desarrollo de ciertas actividades humanas el legislador ha debido establecer normas especiales para su desenvolvimiento y en especial para la atribución de culpa, una de ellas es el tránsito de vehículos.

Esta regulación específica en materia de tránsito consiste en la reglamentación, a través de normas de derecho público de las condiciones o requisitos que deben cumplir las personas para conducir vehículos motorizados, de los requisitos y condiciones técnicas que deben reunir los vehículos para poder circular por las vías públicas del país, de la conducción de vehículos y el uso de las

¹³² SOTO, p. 590.

vías públicas, de los procedimientos policiales y administrativos y de la tipificación y sanción de infracciones o contravenciones a las normas del tránsito, entre otras materias.

Estableciendo otra conducta ilícita: La infracción de leyes y reglamentos que, desde un punto de vista teórico, consiste en la violación de una norma de conducta que establece la ley en el interés general de la comunidad; así, las normas de tránsito se instauran para que reine el adecuado uso de las vías de circulación en el interés general de las comunicaciones y el “Estado para alcanzar sus cometidos, exige el cumplimiento de tales normas, vela por él y sanciona su no observancia.”¹³³ En consecuencia debemos preguntarnos si esta infracción constituye, por si sola o no, culpa en los casos en que se cauce daño a terceros.

Al respecto las opiniones de los autores se encuentran uniformadas en el sentido que la sola infracción a una norma legal o reglamentaria constituye una conducta culpable en materia civil. Arturo Alessandri R. opina que la apreciación de la conducta del autor del daño es innecesaria si esta proviene de la violación de una obligación determinada impuesta por la ley o un reglamento, si hay lo que denominan algunos culpa contra legalidad. Cuando así ocurre, hay culpa por el solo hecho de que el agente haya ejecutado el acto prohibido o no haya realizado lo ordenado por la ley o el reglamento, pues ello significa que omitió las medidas de prudencia o de precaución que una u otro estimaron necesarias para evitar un daño¹³⁴. De tal forma, si se acredita que un conductor no mantiene una distancia razonable y prudente con el vehículo que le antecede, infringiendo lo prescrito en el artículo 130 de la Ley de Tránsito, debe entenderse que dicha persona ha

¹³³ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 180.

¹³⁴ Ibid, p. 175.

actuado con culpa por el solo hecho de conducir infringiendo las normas de conducción.

Sin embargo, el hecho el hecho de acreditar el cumplimiento de las normas legales o reglamentarias no exime del deber general de adoptar todas las medidas de prudencia que las circunstancias requieran.

Aclarando y complementando lo anterior nuestra Corte Suprema ha dicho que “no existen razones para estimas que el hecho constitutivo de imprudencia no pueda ser a la vez el que infringe una norma reglamentaria del tránsito pues por lo general esos estatutos dictan normas de conducta para evitar la comisión de hechos imprudentes, hechos en que se proceda con inexcusable negligencia o con olvido de las precauciones que la prudencia vulgar aconseja. En efecto, y por vía de ejemplo, puede citarse el Reglamento del Tránsito vigente a la sazón que, en su artículo 140, establece que todo conductor del servicio público deberá abstenerse de conversar o distraerse por cualquier motivo al conducir su vehículo, si un conductor no observa esta norma, infringe la disposición reglamentaria es imprudente.”¹³⁵

3.4 LA RESPONSABILIDAD OBJETIVA EN NUESTRA LEGISLACIÓN DEL TRÁNSITO

Nuestra legislación de tránsito no contempla el principio de la responsabilidad objetiva aplicable a los conductores o propietarios de vehículos motorizados basada en la circunstancia del dominio o manipulación de objetos de suyo peligrosos, sino que debe acreditarse un actuar culposo, como puede serlo la infracción de leyes o reglamentos del tránsito, para determinar la responsabilidad y

¹³⁵ VODANOVIC H., Op. cit., p. 150, Corte Suprema, 3 de Noviembre de 1962, “Contra Tobar, Luis Alberto”

obligar a quien se determine responsable al pago de las indemnizaciones por los daños ocasionados.

Pero acreditada que sea la responsabilidad del conductor del vehículo, mediante la acreditación de los elementos constitutivos de la responsabilidad (generalmente extracontractual) nace de pleno derecho la responsabilidad solidaria del propietario del vehículo, de conformidad al artículo 174 de la Ley de Tránsito, causante del accidente siempre que éste no acredite que éste le ha sido tomado sin su conocimiento o autorización expresa o tácita.

Esta responsabilidad solidaria del propietario es un caso de responsabilidad legal en la que, sin embargo, no puede negarse como su fundamento el riesgo objetivo que implica el poner en circulación un objeto peligroso.

4 SISTEMA ADOPTADO POR LA LEY 18.490

4.1 APLICA LA TEORÍA OBJETIVA DE LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL

“Según esta teoría, quien crea un riesgo debe sufrir sus consecuencias si el riesgo llega a realizarse; quien con su actividad irroga un daño debe, por tanto, repararlo, haya o no habido dolo o culpa de su parte. El autor del daño no es responsable porque lo haya causado con culpa o dolo, sino porque lo causó¹³⁶”. Por tanto, prescinde en absoluto de la noción de dolo o culpa atendiendo únicamente al daño, la atribución de responsabilidad es un problema causalidad y no de

¹³⁶ ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 114.

culpabilidad, es decir, basta con causar daño a la persona o propiedad de otro para encontrarse obligado a repararlo.

En la práctica se traduce en que a la víctima le basta probar el daño y el hecho que lo generó para hacerse acreedora de la indemnización sin necesidad de probar la culpa o dolo del autor; por el contrario, es el autor quien debe acreditar la concurrencia de alguna circunstancia eximente de responsabilidad.¹³⁷

Esta teoría presenta la ventaja de prescindir del elemento más difícil de acreditar, la culpa que aparte de ser una noción vaga y generalmente difícil de acreditar obliga al juez a un examen de la conducta del sujeto. En la responsabilidad objetiva, este examen es innecesario, pues como la responsabilidad se reduce a un problema de causalidad basta establecer el daño y el hecho que lo produjo

El legislador establece como premisa el riesgo implícito que lleva aparejada la puesta en circulación de vehículos motorizados, estimándola como una conducta de suyo peligrosa no sólo para propietarios y conductores, sino y muy especialmente para los terceros.

"Aplica el fundamento de la teoría objetiva de la responsabilidad extracontractual en el ámbito de la responsabilidad contractual del asegurador en cuanto transfiere, y la compañía asume, un riesgo cuyos elementos se puede identificar con los constitutivos de la responsabilidad objetiva, en todos los casos en que resulten víctimas de un accidente distintas al propietario del vehículo, sin que medie entre aquellas y éste un vínculo contractual que obligue a la indemnización del daño causado." ¹³⁸

¹³⁷ Obviamente que para esta teoría no existe aquella fundada en haber empleado la debida diligencia o cuidado).

¹³⁸ CONTARDO GONZÁLEZ, Op. cit., p. 60 - 61.

Como hemos señalado en con anterioridad, la ley ha impuesto la obligación de contratar el SOAP a todo propietario de un seguro sobre la base de que el hecho de que dicha persona crea un riesgo al poner en circulación un objeto potencial y concretamente peligroso; en que el riesgo asegurado es la eventualidad de la aparición de un pasivo patrimonial para el asegurado, emergente de la responsabilidad civil para con un tercero.

En los seguros de responsabilidad civil sólo se verifica el riesgo, es decir, se produce el siniestro que da origen a la obligación de indemnizar del asegurador, cuando aparece y se acredita la responsabilidad del asegurado en el hecho. De acuerdo a las normas generales que regulan esta materia, que recogen la teoría de la responsabilidad subjetiva, se debe acreditar (junto a otros elementos) el dolo o culpa para que un hecho sea imputable a una persona no presumiéndose estos elementos, lo que implica que la responsabilidad debe ser declarada por sentencia judicial, y que sólo una vez afinado el proceso judicial en que se determine la persona responsable opere el seguro de responsabilidad civil.

Sin embargo, en materia de accidentes del tránsito, cada vez que existan fundamentos o se demuestre que el conductor de un vehículo ha infringido la normativa legal o reglamentaria, se cause daño a un tercero y exista una relación de causalidad entre el daño y la infracción tendrá aplicación el SOAP, sin necesidad de acreditar que el hecho se produjo con dolo o culpa del conductor. En efecto, el artículo 6° de la Ley 18.490 establece que la obligación de indemnizar se debe cumplir “sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte o lesiones que éste originó a la víctima”.

Este artículo 6° consagra la verificación de un riesgo de carácter esencialmente objetivo, que no requiere determinar previamente la culpabilidad para que opere el seguro, es decir, el siniestro no supone la configuración de responsabilidad civil del conductor, así como tampoco, la consecuencial responsabilidad solidaria del propietario con el conductor derivada del accidente. El evento cubierto se manifiesta con independencia de la atribución de responsabilidad.

El riesgo cubierto por el SOAP es cuantitativa y cualitativamente más amplio que una imputación de responsabilidad al propietario, pues caben todas las hipótesis en que el propietario no sea responsable de los daños causados a terceros; salvo los casos de suicidio y autolesiones de la víctima, que no son otra cosa para él que casos fortuitos extraños a la circulación del automóvil.

El legislador ha pretendido asegurar a la persona que producto de un accidente de tránsito resulte lesionada o fallezca, independientemente de la responsabilidad civil que pueda atribuirse al conductor, al propietario del vehículo que participa en el hecho, a un tercero e incluso a la propia víctima. Delimitada de esta forma nos encontramos que las potenciales víctimas son, al mismo tiempo, sujetos asegurados, pues quedan libres del riesgo de accidentes en que resulten lesionado o perezcan que asumió el asegurado, y objetos asegurados en cuanto el cuerpo humano, como tal, es susceptible de asegurarse.

Desde la perspectiva del propietario como víctima del accidente, éste también se encuentra amparado por la cobertura de este seguro obligatorio, en cuyo caso deja de ser un seguro de responsabilidad civil, concebido para precaver el pago de indemnizaciones por daños causados a un tercero.

La historia fidedigna de la Ley 18.490 nos demuestra que lo que se buscaba superar, entre otros problemas, era la dificultad para acreditar la responsabilidad civil. Así este seguro **puede** operar como un mecanismo de descuento de la responsabilidad del civilmente obligado a la indemnización del daño, en la medida que el conductor y el propietario del vehículo con cobertura obligatoria sean condenados, por sentencia judicial, a indemnizar a una víctima que ya haya sido reparada, en parte de sus perjuicios, por la cobertura del SOAP.

Sin embargo, el hecho de que pueda operar de esta forma, no lo convierte, como se ha demostrado, en un seguro de responsabilidad civil, sino que ello obedece a evitar un enriquecimiento sin causa de la víctima .

4.2 NO ALTERA LOS SISTEMAS DE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL GENERALES DE NUESTRA LEGISLACIÓN NACIONAL

Nuestro derecho común para que se configure la responsabilidad, civil, contractual o extracontractual, exige como uno de los elementos para su configuración la existencia de una conducta dolosa o, al menos, culposa atribuible al autor del daño. Este requisito aplicado a la materia que nos ocupa se configura mediante la infracción a las leyes del tránsito que constituye una especie de culpa. De esta manera para que el conductor de un vehículo se encuentre obligado a indemnizar los daños inferidos en la víctima es necesario acreditar su culpabilidad, la relación de causalidad entre el hecho y el daño y la relación entre la culpa y el daño producido.

En este caso cabe preguntarse cómo se concilia el sistema del SOAP con las reglas generales de responsabilidad.

Al respecto cabe tener presente que este es un contrato que el legislador obliga a suscribir al propietario del vehículo para cubrir los riesgos de las personas, constituidos por lesiones o muertes, producidos con ocasión de la circulación del vehículo y que opera sin necesidad de averiguar previamente quien fue el responsable del accidente bastando con acreditar que en dicho accidente participó el vehículo respecto del cual se tomó el seguro. Ello, sin perjuicio de averiguar y determinar las responsabilidades del accidente, pues, en muchos casos, el responsable puede no ser el propietario del vehículo.

Como esta normativa altera las normas generales en esta materia y como, además ésta, expresamente señala, en su artículo 14, que este seguro no es incompatible con otro tipo de seguros voluntarios para responder por accidentes causados por el mismo vehículo no altera ni impide la posibilidad de perseguir las responsabilidades civiles y penales que deriven del accidente para obtener una indemnización suficiente para las víctimas, sin embargo, y de acuerdo con el principio de que los seguros jamás pueden ser ocasión de ganancia para las víctimas (que no es más que el principio general del derecho que prohíbe el enriquecimiento sin causa), quienes sean sancionados como responsables del hecho dañoso y obligados a indemnizar pueden invocar y deducir, imputando a la prestación a efectuar, el pago efectuado a éstas con ocasión de la aplicación del SOAP, así como también imputar y deducir toda otra suma pagada con ocasión de la aplicación de otro seguro carácter voluntario.

4.3 PECULIARIDAD DEL SISTEMA ADOPTADO POR EL SOAP: ACCIÓN DIRECTA DE LAS VÍCTIMAS PARA PERSEGUIR EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES EN CONTRA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

La gran novedad que presenta este seguro en nuestra legislación consiste en que, conjuntamente al establecimiento de una responsabilidad objetiva, señala que las víctimas pueden accionar directamente en contra de las compañías de seguros para obtener el pago de las indemnizaciones (según lo expresa el artículo 10 de la Ley 18.490); estableciendo además que todas las aseguradoras están obligadas a remitir al Registro Nacional de Vehículos Motorizados, al término de la época de su renovación, la nómina de los vehículos asegurados, de forma tal que cualquier ciudadano puede requerir en este registro público el nombre de la entidad obligada al pago de las indemnizaciones por accidentes de tránsito.

La regla general en materia de seguros de responsabilidad es que las compañías aseguradoras sólo se encuentran obligadas a pagar una indemnización una vez acreditada la responsabilidad del sujeto asegurado, es decir, la persona afectada que intente obtener la reparación de los daños debe acreditar primero la responsabilidad del asegurado y determinar el monto de los perjuicios, que en la mayoría de los casos se acredita en instancia judicial, y sólo determinada o reconocida que sea ésta por el asegurado surge la obligación de pago para el asegurador, en cuyo caso quien lo solicita no es la persona que resultó lesionada sino quien se aseguró de dicha eventualidad, por cuanto aquel no es parte del contrato y a su respecto la compañía no se ha obligado

"La acción directa es consecuencia de la evolución de los seguros de responsabilidad civil, lo cual en derecho comparado se ha denominado la

socialización de los mismos."¹³⁹ Ella se encuadra dentro de lo que se conoce en el mundo del derecho "como la estipulación a favor de otro, con características propias ... en que una de las partes, el estipulante, que no tiene la representación del tercero, realiza una prestación determinada a favor de otro, pero obrando en su propio nombre pues si obrara a nombre de un tercero pero sin poder para ello se estaría frente a la figura de la agencia oficiosa. El contratante no puede reclamar el cumplimiento de la prestación, ya que dicho derecho le corresponde al tercero beneficiario."¹⁴⁰

Los efectos que acarrea el establecimiento de una acción directa para el pago de las indemnizaciones contempladas en la ley del seguro obligatorio pueden ser analizados tanto desde la perspectiva de las víctimas como del tomador del seguro.

Desde el punto de vista de la víctima, que constituye la persona del asegurado, esta acción no hace más que reconocer la incorporación en su patrimonio del derecho a ser indemnizado en pide de igualdad respecto del tomador del seguro, en caso de resultar lesionado por un accidente de tránsito. Significa la creación para un tercero, respecto del contrato, de un derecho exclusivo y directo que impide que las partes contratantes puedan, de común acuerdo, dejarlo sin efecto; otorgándosele una acción judicial para exigir el cumplimiento de la obligación nacida con la verificación del siniestro. Así lo prescribe la Ley 18.490 en su artículo 5°.

El reconocimiento a la víctima como sujeto principal de la pretensión le permite proteger de manera más rápida y efectiva sus derechos.

Para el contratante o tomador del seguro contemplar la posibilidad de intervención y beneficio directo de la víctima se traduce, también, en un beneficio

¹³⁹ SALINAS UGARTE, Op. cit., p. 144.

para éste. Si el tercero es reparado del daño oportuna e íntegramente se evitan largos juicios en los que estaría obligado a involucrarse activamente para su defensa; pues, en caso contrario, la aseguradora podría excepcionarse en el cumplimiento del contrato de seguro alegando dicha falta de celo en su defensa, ya que en los seguros de responsabilidad sólo nace la obligación de pagar para el asegurador una vez ejecutoriada la sentencia que determina la responsabilidad.

Como puede deducirse, el sujeto activo de esta acción es la o las víctimas o sus beneficiarios (en caso de muerte), incluyendo a las instituciones públicas o privadas que realizan gastos médicos para su reembolso. Por su parte, el sujeto pasivo es la entidad aseguradora del vehículo interviniente en el accidente de tránsito respecto de sus transportados; sin perjuicio de que cuando las víctimas son personas no transportadas todas las aseguradoras de los vehículos intervinientes son solidariamente obligadas al pago de las indemnizaciones a estos sujetos.

El objeto de esta acción es obtener el pago de las indemnizaciones en caso de muerte, incapacidad permanente total o parcial o el reembolso de los gastos médicos cuando el asegurador desconoce su obligación de indemnizar, sea absoluta o relativamente. El desconocimiento absoluto puede deberse a que la compañía estime que no se han acreditado todos o algunos de los requisitos que hacen procedente el pago de la indemnización; el desconocimiento relativo dice relación con la disconformidad en la calificación y magnitud de los resultados de daños en los accidentados.

Como toda o dificultad que se produzca con ocasión del SOAP ésta debe ser resuelta por un árbitro arbitrador nombrado de común acuerdo por las partes.¹⁴¹

¹⁴⁰ Ibid, p. 153

¹⁴¹ PÓLIZA, Artículo 19°

Ahora bien, de acuerdo al artículo 13 de la Ley 18.490, el plazo para interponer esta acción prescribe en el plazo de un año contado desde la fecha del accidente o a partir de la muerte de la víctima, siempre que aquella suceda dentro del año siguiente mismo del accidente.

Entonces, para el caso de muerte del accidentado la ley permite contar el plazo de un año para interponer la acción desde la fecha del accidente, si la muerte se produce ese mismo día, o desde que ella se verifica siempre que ocurra dentro de un año desde el accidente. En síntesis, la acción podría llegar a entablarse en un tope máximo de dos años en el caso extremo de fallecimiento de la víctima justo al término de un año de ocurrido el siniestro.

Distinta es la situación respecto de las incapacidades permanentes, sean éstas totales o parciales el artículo 13 de la póliza señala que, el plazo comienza a correr desde la fecha de emisión del certificado médico que determina la incapacidad, el que en todo caso debe presentarse antes de transcurridos dos años desde la fecha del accidente. Esto significa que la extinción de la acción podría producirse al término de tres años desde la verificación del siniestro.

Por último, no existiendo regla especial en la póliza debe aplicarse la regla general contenida en la ley, dado lo cual la acción para la indemnización de los gastos médicos prescribe en el plazo de un año contado desde la fecha del accidente.

CAPITULO VI

OPERATIVIDAD

El conocimiento del modo en que opera este seguro abarca desde el momento de su contratación hasta el vencimiento del mismo, siendo la más relevante aquella que se desarrolla en caso de producirse uno o más siniestros durante la vigencia del contrato.

En cada una de estas etapas el SOAP presenta particularidades respecto de los demás seguros que llevan a hacer interesante el análisis de cada una de ellas.

1 CONTRATACIÓN DEL SEGURO

1.1 PÓLIZA

Conforme a lo dispuesto en el artículo 514 del Código de Comercio, el seguro es un contrato solemne que se perfecciona y prueba por el otorgamiento de un documento denominado póliza. Por tanto, es a través de este documento que las partes estipulan todo lo concerniente a sus derechos y obligaciones, especifican el riesgo cubierto, el plazo de vigencia del contrato, las cosas objeto del contrato, las primas, etc. En éste se pueden distinguir tanto condiciones generales como particulares, las primeras son aquellas estipulaciones habituales comunes a un mismo tipo de seguro pudiendo ser elaboradas por cada empresa aseguradora o por grupos de aseguradoras o bien pueden ser impuestas por el Estado o simplemente

aprobadas por él; "en Chile a partir de la dictación de la Ley 18.814, la regla general es que las compañías sólo pueden celebrar contratos de seguros mediante el uso de modelos de póliza previamente registrados en la Superintendencia de Valores y Seguros"¹⁴⁰, es decir, las condiciones generales no pueden ponerse en aplicación sin la aprobación previa del órgano competente. Por su parte, en las condiciones particulares de cada contrato se especifican las singularidades de cada contrato, esto es, las personas intervinientes, las cosas aseguradas, etc. caracterizándose porque las partes pueden fijarlas sin mayores restricciones

En el caso del SOAP, a diferencia de los demás seguros en que cada entidad aseguradora realiza su propio modelo de póliza que sólo es registrado ante la autoridad competente, el modelo de póliza es confeccionado por la misma Superintendencia, en términos tales que ambas partes contratantes deben ceñirse a él. Por esta razón las condiciones generales de la póliza de este seguro automotriz se encuentran contenidas en la Circular N°1462, del 28 de Diciembre de 1999, de la Superintendencia de Valores y Seguros, regulando detalladamente el contenido de este contrato definiendo conceptos, agregando cláusulas a las ya establecidas en la Ley N°18.490, detallando las obligaciones del asegurado, la obligación de pago de la aseguradora, las condiciones de terminación del contrato, tribunal competente, etc.

Las condiciones particulares de este seguro quedan limitadas solamente a la elección de los sujetos contratantes y al monto de las, pues tanto la cantidad asegurada para cada siniestro, como la naturaleza de los riesgos, la designación clara y precisa de la naturaleza de los objetos asegurados, la época en que principia y concluye el riesgo para el asegurador se encuentran establecidas en la normativa

¹⁴⁰ BRAVO MILLACURA, María Valentina. "Seguro automotriz.", Concepción, Seminario de titulación para optar

que regula el SOAP; recordando que, además, en el caso de este seguro no es necesario especificar el interés asegurado por cuanto éste se presume.

En materia de seguros el asegurador se encuentra obligado a entregar copia de la póliza al tomador, siendo esta una de las obligaciones propias de este tipo de convención; sin embargo, y a nuestro parecer en una mala decisión, en el caso de este seguro obligatorio el legislador ha eximido de esta obligación a las compañías aseguradoras, dado lo cual éstas sólo hacen entrega del certificado de este seguro. Así se desprende del tenor del artículo 17° de la Ley N° 18.490 y del artículo 18 del modelo de póliza, aprobado en la Circular N°1462 antes mencionada que expresamente señala que "de conformidad al artículo 17 de la Ley 18.490 el asegurador sólo entrega un certificado en el cual consta la contratación."

Esta exención de la obligación de las aseguradoras de entregar copia de la póliza a su tomador constituye una deficiencia de la ley que debiera ser modificada pues, como hemos comprobado, la mayor falencia en la aplicación de este seguro radica en el desconocimiento tanto de parte del contratante como de los beneficiarios del contenido del mismo, es decir, de las obligaciones y derechos que éste genera y de los procedimientos y plazos estipulados para la eficacia del mismo. Asimismo, estimamos el simple restablecimiento de esta obligación general en materia de seguros sería insuficiente para el objetivo del SOAP y creemos que la modificación debiera ir más allá por cuanto, siendo los beneficiarios de este seguro personas indeterminadas lo óptimo sería publicar anualmente, inserto en un diario de circulación nacional, el modelo de póliza vigente para el periodo que se publica. Este sistema utilizado para el conocimiento de materias de importancia para los ciudadanos también debería ser aplicado a esta

al gGado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales Universidad de Concepción, 1998. p. 189.

materia, de naturaleza social, que potencialmente afecta a todos los habitantes de la nación. Además, sería oportuno aprovechar la época de renovación de los permisos de circulación que coincide con la de renovación de este seguro de forma tal que, conjuntamente con la publicación de lista con los valores de los permisos debiera acompañarse el modelo de póliza.

Retomando lo anterior, el SOAP presenta la particularidad de tener establecida por ley la época para su renovación y su duración, en términos que éste se establece como un requisito para la obtención del permiso de circulación el cual, por regla general, se renueve anualmente, quedando claramente prescrito que las Municipalidades no pueden otorgar dichos permisos sin que se les exhiba, previamente, el certificado que acredite la contratación del seguros obligatorio; agregando que la duración de la póliza no puede nunca ser inferior al término del plazo del permiso de circulación que se otorgue al respectivo vehículo.

A objeto de dilucidar las dudas que se han planteado sobre esta disposición la Superintendencia ha señalado que en el caso de los vehículos nuevos, que gestionan por primera vez el permiso de circulación, el término de vigencia debe coincidir con el término del plazo del permiso, esto significa en la práctica que la cobertura pueda extenderse, por ejemplo, a quince, dieciocho o veintiún meses según sean autos particulares, vehículos de movilización colectiva o camiones adquiridos en Enero de cualquier año; recalcando que en cuanto a la vigencia del seguro las compañías deben velar porque no se produzcan sobreposiciones en los plazos de cobertura, recomendando exigir del tomador la presentación del

certificado anterior extendiendo el nuevo con vigencia desde la fecha de terminación de aquél.¹⁴¹

1.2 CERTIFICADO

Se asimila para todos los efectos a la Póliza y no debe confundirse con la prima, que es el monto que el tomador paga al momento de contratar.

La compañía aseguradora proporciona al asegurado este certificado en el cual se deja constancia del hecho de haberse tomado este seguro, individualizando el vehículo para el cual se contrata, la fecha de su vigencia, número de póliza, identificación de la compañía aseguradora y firma del apoderado de ésta. Su forma es determinada por la Superintendencia de Valores y Seguro, entidad encargada de aprobar el modelo pudiendo modificarlo cuando estime conveniente; en la actualidad la regulación sobre las características de este certificado se encuentran contenidas en la Circular N°1459, de 3 de Diciembre de 1999, fijando detalladamente la forma y contenido que tiene que tener este documento que acredita la contratación del SOAP.

Estos certificados son emitidos por cada una de las compañías aseguradoras debiendo contener las especificaciones establecidas en el inciso segundo del artículo 17 de la Ley 18.490 y ajustarse al modelo aprobado por la Circular N°1459, siendo los gerentes de cada una de estas compañías personalmente responsables de la distribución de estos documentos, toda vez que éstos hacen las veces de póliza.¹⁴²

¹⁴¹ SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, Circulares N°1147 y N°671 de 17 de Enero de 1994 y 19 de Diciembre de 1986, respectivamente.

¹⁴² SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, Circular N°671 de 19 de Diciembre de 1986.

Como hemos señalado éste debe estar firmado por un Apoderado de la compañía, pero como en la práctica el comercio de estos seguros se realiza a través de corredores, de vendedores o de agentes de las compañías se ha señalado que, para firmar válidamente el certificado de un seguro vendido por su intermedio, deben tener poderes especialmente otorgados al efecto los cuales deben ser informados en reunión de directorio¹⁴³. Finalmente, los Bancos sólo pueden actuar como recaudadores de primas y en ningún caso como apoderados de aquellas.¹⁴⁴

En caso de extravío de este documento la aseguradora está obligada a entregar un duplicado, pues este instrumento es indispensable para que un vehículo pueda circular.

2 OCURRENCIA DE UN SINIESTRO

2.1 GENERALIDADES

Para que el seguro opere es necesaria la ocurrencia de un siniestro cubierto por el seguro y que frente a la ocurrencia de un accidente de tránsito al menos uno de los vehículos intervinientes cuente con un seguro obligatorio vigente, lo que se constata mediante el certificado que hace las veces de póliza; además se requiere dar aviso por escrito a la compañía aseguradora dentro del quinto día contado desde que se tenga noticia del accidente, con excepción de impedimento justificado.

¹⁴³ Sobre esta materia véase en el Capítulo VII, fallos N°29) y 30), de éste trabajo.

¹⁴⁴ SUPERINTENDENCIA DE BANCOS E INSTITUCIONES FINANCIERAS, Circular N°1734 de 8 de Marzo de 1981.

Conjuntamente, se debe dejar constancia policial en la unidad de Carabineros más cercana al lugar del accidente. En dicha constancia se consignan todos los detalles del accidente, individualización de los vehículos participantes y de las personas que resultaron lesionadas. En la unidad policial es requerido el certificado (póliza) pues la individualización del vehículo es determinante al momento de requerir de la compañía el pago de las indemnizaciones; por ello Carabineros debe corroborar que la patente indicada en el certificado corresponda a la señalada en el parte y certificado que la policía emite para uso tanto de las partes como de terceros.

Este certificado emitido por Carabineros es fundamental para obtener los beneficios del seguro obligatorio y para requerir de la compañía de seguros el pago de las correspondientes indemnizaciones. Un ejemplo de ello lo encontramos en el Oficio 2000, del 2 de mayo de 1995¹⁴⁵ en que la Superintendencia en causa sobre reclamo ante la negativa de la aseguradora de indemnizar un siniestro ocurrido en la entrada del Túnel Lo Prado donde a la víctima, pese a ser escoltada en su traslado a una clínica en Santiago por Carabineros, no se le otorgó certificado policial alguno, se pronuncia acogiendo la negativa de la compañía de indemnizar basada en la inexistencia de este documento, resolviendo que para que proceda el pago es esencial dejar inmediata constancia en la unidad policial más cercana al lugar del accidente y obtener certificado policial.

2.2 AVISO DEL SINIESTRO

Una vez ocurrido un accidente de tránsito, el primer trámite consiste en dar noticia del siniestro. De acuerdo al artículo 1º de la póliza y a lo dispuesto en la ley

¹⁴⁵ SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS. “Revista de Dictámenes y Oficios”, Tomo 95-96, p.12.

sobre este seguro, se deben realizar dos tipos de avisos, uno a la unidad policial más cercana y otro a la compañía de seguros involucrada.

- El aviso a la unidad policial más próxima al lugar del accidente se debe realizar de inmediato, bastando una mera constancia si no existen personas lesionadas involucradas. Este aviso debe realizarse de inmediato, a menos de que exista imposibilidad física debidamente justificada

Esta última salvedad constituye una novedad incorporada en la modificación de la póliza del 28 de Diciembre de 1999 establecida como una obligación para el asegurado, atendiendo las reclamaciones y problemas de interpretación que se produjeron en la aplicación de esta carga.

- El aviso, al asegurador, de la ocurrencia de un accidente en que participe el vehículo asegurado o del acaecimiento de un hecho que pueda dar origen a alguna responsabilidad a dicho asegurador debe realizarse, de acuerdo al texto de la póliza, "oportunamente".

Ahora bien, para delimitar qué debe entenderse por oportuno conocimiento se debe complementar el texto de la póliza con lo que al respecto señala la ley que, en su artículo 8º, señala que en caso de accidente el plazo es de cinco días, debiendo entenderse que para todos los demás casos que puedan originar responsabilidad para la entidad aseguradora debe realizarse la comunicación tan pronto se tenga conocimiento. Esta obligación recae sólo sobre el propietario y/o el conductor del vehículo. Sin embargo, ni la ley ni la póliza prevén una sanción especial por su inobservancia, de manera tal que aún cuando no se cumpla con esta obligación dentro de plazo el asegurador se encuentra obligado a pagar la indemnización que le sea requerida por la víctima del accidente o por sus beneficiarios, sin posibilidad de excepción alguna, pudiendo sólo interponer una

acción de término anticipado del contrato por incumplimiento de las obligaciones en contra del propietario o del conductor involucrado.

Esta comunicación a la aseguradora se efectúa por escrito pues, de acuerdo a lo expresado en el artículo 17 de la póliza, "todas las comunicaciones entre la compañía, el propietario del vehículo, su conductor o las personas amparadas por la póliza deben hacerse mediante carta certificada u otra forma que acredite fehacientemente su recepción" y se conoce como Denuncio.

2.3 DENUNCIO

Es un trámite de la mayor relevancia por cuanto constituye el punto de partida de todo el procedimiento de liquidación de un siniestro, el cual tiene un plazo y formalidades establecidas para verificarse correctamente.

En él debe indicarse con precisión el día y hora en que ocurrió el siniestro, causas y demás circunstancias relacionadas con el accidente, así como toda otra información que la compañía requiera; pudiéndose distinguir en su contenido información que se puede catalogar como de carácter general, de individualización del propietario y del conductor, de descripción del accidente, de identificación de terceros, sobre la constancia o denuncia policial y sobre los vehículos comprometidos.

El contenido general de todo denuncia dice relación con la comunicación a la aseguradora del número y vigencia de la póliza, fecha del siniestro y fecha en que se practica el denuncia. La individualización del propietario y del conductor requiere que respecto de ambos se señale el nombre, cédula de identidad, dirección y número de licencia de conducir, comuna o ciudad y clase de ésta. La descripción del accidente comprende el detalle de la hora y lugar exacto, con indicación de la

comuna o ciudad en que ocurre el accidente. La constancia o denuncia policial son entregados mediante el certificado que Carabineros de Chile, a petición de las partes o de cualquier interesado, emite en él se consigna la fecha del denuncia o de la constancia en dicha institución, comisaria, folio, párrafo, libro de guardia y en que se registra, la circunstancia de si se practica o no alcoholemia y el juzgado que conoce de los hechos, con indicación del número del proceso y de los testigos. Para individualizar los vehículos comprometidos en el siniestro se deben señalar la marca, modelo, año, número de motor, patente y color de él o los automóviles involucrados.

2.4 PRESENTACIÓN A LA COMPAÑÍA DE LA DOCUMENTACIÓN EXIGIDA EN LA LEY

2.4.1 Generalidades.

Tanto la ley como la póliza señalan taxativamente los documentos que el o los interesados deben presentar ante la aseguradora para hacer efectivo el pago de la indemnización que corresponda según el tipo de resultado. Ella será analizada en el punto 4 de este capítulo.

Es importante que los interesados aporten los documentos necesarios a la brevedad posible, aunque puedan hacerlo, en general, dentro del año que la ley contempla como plazo para el cobro de la indemnización correspondiente pues de lo contrario demoran el reembolso de lo que por derecho les corresponde.

2.4.2 Certificado de Carabineros de Chile.

Mención especial merece el Certificado emanado de Carabineros de Chile que se exige como requisito común respecto para el pago toda indemnización cuya

causa sea la existencia de SOAP comprometidos, contemplado en los artículos 6º, 7º y 8º de la póliza.

Este certificado constituye la única constancia legalmente válida para acreditar el hecho de haber ocurrido un accidente de tránsito y, precisamente, tiene por objeto acreditar la ocurrencia del hecho consignando los datos del accidente de tránsito de acuerdo con el parte enviado al tribunal competente, no así sus consecuencias que se acreditan con los demás documentos establecidos en el contrato.

Carabineros se encuentra obligado a entregar este informe si le es requerido por la entidad aseguradora, por la víctima o por cualquier persona o institución beneficiaria del seguro. En caso que el solicitante sea la víctima del accidente debe otorgarlo en forma gratuita.

Lo señalado en el párrafo anterior se encuentra establecido en los incisos segundo y tercero del artículo 22 de la Ley 18.490, incorporados a este cuerpo legal mediante modificación que acoge lo resuelto por los tribunales sobre esta materia.¹⁴⁶

3 LIQUIDACIÓN

Posteriormente, la aseguradora procede a solicitar un informe sobre la procedencia o no de indemnización y su monto, gestión que se puede encargar a un funcionario de la propia compañía o a un liquidador externo, el cual es nombrado para este efecto dentro del plazo de cuarenta y ocho horas.

3.1 OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN.

De acuerdo a la Circular N°1116 de 7 de Abril de 1993, de la Superintendencia, la liquidación tiene por objeto básicamente determinar :

- i- Ocurrencia de un siniestro y si éste se encuentra amparado por la cobertura del seguro; y, en caso afirmativo;
- ii- El monto de la indemnización a pagar

En relación a la determinación de la ocurrencia de un siniestro no sólo se deben determinar las pérdidas sino también las causas de estas pérdidas, por cuanto debe existir una relación causa-efecto, es decir, aquellas deben ser producto del siniestro.

3.2 FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN.

Según la Circular referida en el punto anterior son dos las formas de llevarla a cabo, directamente por la Compañía o a través de un Liquidador de seguros, tercero independiente de la aseguradora. La decisión de estas alternativas queda entregada a la entidad aseguradora, quien debe, dentro del plazo señalado, notificar la decisión al asegurado. Este plazo se cuenta desde la fecha de denuncia del siniestro.

En caso de liquidación directa por la compañía, el asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un liquidador de seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la comunicación de la compañía, en este caso la aseguradora debe designar liquidador en el plazo de tres días hábiles contados desde dicha oposición.

¹⁴⁶ Para una mejor comprensión de lo expresado en este punto véase en el Capítulo VII de éste trabajo, fallos N°9),

La forma de efectuar la liquidación aparece también regulada en el DS 863 del Ministerio de Hacienda, que establece el Reglamento sobre Auxiliares del Comercio de Seguros otorgando a los liquidadores la calidad de peritos para todos los efectos legales. Estos peritos, a través de sus informes determinan las pérdidas, las causas, las coberturas y el monto de la indemnización

3.3 PLAZO PARA LIQUIDAR.

Conforme a lo prescrito en el artículo 22 del DS 863, este proceso debe efectuarse "dentro del más breve plazo", no pudiendo exceder, tratándose de vehículos motorizados, de sesenta días corridos contados desde la fecha del denuncia (la regla general en materia de seguros establece un plazo de noventa días). No obstante, este plazo de días corridos, en casos fundados, puede prorrogarse sucesivamente, por periodos iguales, debiendo comunicarse al asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación fijando un plazo para la entrega del informe de liquidación.

3.4 INFORME DEL LIQUIDADOR.

Normalmente se procede a la designación de un liquidador de seguros, quien se encuentra a cargo de recibir los cobros y determinar el pago y monto de las indemnizaciones mediante un Informe de liquidación.

Presentado el denuncia comienza a correr el plazo en que debe efectuarse la liquidación, pudiendo distinguirse tres etapas:

- De reunión de antecedentes:

15), 16), 28), 41), 54), 59), 68) y 70).

En esta primera etapa debe inspeccionar a objeto de corroborar los daños descritos en el denuncia. Conjuntamente debe informar al asegurado de gestiones a realizar y solicitar los antecedentes:

El Liquidador o la compañía, si es ésta quien realiza la liquidación, dentro del plazo de tres días hábiles de iniciada la liquidación, debe informar por escrito al asegurado de las gestiones que le compete realizar y de todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

En esta etapa elabora un informe describiendo si los resultados corresponden a las personas afectadas por el accidente en que intervino el vehículo asegurado descrito en la póliza; si la póliza se encuentra vigente y toma nota de los daños sufridos.

- De ajuste de pérdida:

Con todos esos datos el liquidador procede a elaborar el informe con la determinación exacta de los daños

Sin embargo, en aquellos casos en que surgen problemas y diferencias de criterios sobre las causas del accidente, la evaluación del riesgo o la extensión de la cobertura puede el liquidador, actuando de oficio o a petición del asegurado, emitir un Pre-Informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que debe poner en conocimiento de los interesados.

El asegurado o la compañía pueden hacer observaciones por escrito, dentro un plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha en de su conocimiento. Así lo señala la Superintendencia en la Circular N°1116.

- Informe definitivo:

Para dar cumplimiento a este trámite el liquidador llena un formulario en que se describen las distintas etapas ya analizadas, adjuntándose toda la documentación reunida. El informe final de liquidación debe remitirse al asegurado y simultáneamente al asegurador, cuando corresponda, y debe contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 24 al 26 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros ¹⁴⁷(), relativos a la resolución de las impugnaciones formuladas y al derecho del asegurado de recurrir al procedimiento arbitral contemplado en la póliza.

De acuerdo al artículo 27 del DS 863, este informe final debe contener, a lo menos:

- a- Individualización del liquidador correspondiente, conforme a su registro.
- b- Individualización de los contratantes y de los beneficiarios del seguro e intermediarios del mismo, en su caso.
- c- Individualización de la póliza y de sus principales menciones y características.
- d- Relación del siniestro y determinación de los daños.
- e- Operación técnica sobre la procedencia de la cobertura y determinación de la pérdida y de la indemnización, si procede.
- f- Constancia de las gestiones realizadas y transcripción de la información requerida.
- g- Transcripción íntegra de los artículos 24, 25, 26 y 27 del reglamento.¹⁴⁸

¹⁴⁷ DECRETO SUPREMO N° 863, de Hacienda, de 1989, Diario Oficial de 5 de Abril de 1990

¹⁴⁸ Artículo 24: "Contestadas las impugnaciones, el asegurado y la compañía, en su caso, tendrá un plazo de cinco días para manifestar su conformidad y, si hubiese acuerdo, la compañía procederá al pago de la indemnización de inmediato, si ésta procediera".

Artículo 25: "Si persistieran las diferencias entre el asegurador y el asegurado respecto del monto de la indemnización o sobre su procedencia, la compañía deberá notificar al asegurado su resolución, con indicación de

3.5 IMPUGNACIÓN DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN.

"Recibido el informe de liquidación, la compañía y el asegurado disponen de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la compañía, este derecho sólo lo tendrá el asegurado.

Impugnado el informe por una o ambas partes, el liquidador tiene un plazo de cinco días hábiles para responder la impugnación"¹⁴⁹, hecho lo cual termina su gestión.¹⁵⁰

4 PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN LA LIQUIDACIÓN, DE ACUERDO AL TIPO DE RESULTADO (caso de muerte, de indemnización permanente total o de indemnización permanente parcial)

Las prestaciones previstas en esta materia se traducen en indemnizaciones, es decir, se traducen en una compensación monetaria idealmente equivalente a los daños percibidos.

En la determinación del monto de las indemnizaciones cuyo origen sea la existencia de SOAP vigentes debe estarse a las normas previstas en la ley 18.490 que se ocupa, con especial acuciosidad, de fijar las reglas para su determinación.

que éste tiene derecho a recurrir al procedimiento establecido en la póliza para reclamar el pago de su pretendida indemnización o solucionar las dificultades que subsistan."

Artículo 26: "En el respectivo procedimiento, la compañía deberá poner a disposición del asegurado que así lo quiera, la cantidad no disputada".

¹⁴⁹ Modelo utilizado por la mayoría de las entidades aseguradoras anexándolo a los contratos de seguros. Documento aprobado por la Superintendencia de Valores y Seguros en Circulares N°1098, de 24 de Noviembre de 1992, y N°1116, de 7 de Abril de 1993, por la Superintendencia de Valores y Seguros.

¹⁵⁰ Respecto al sistema de liquidación y materias relacionadas véase en el capítulo VIII, fallos N°42), 43), 44), 45), 55), 77) y 79).

Dando por sentado que el riesgo es de aquellos bajo cobertura del SOAP, esta ley fija como primer criterio para la determinación del monto específico a pagar, a título de indemnización, el tipo de consecuencia producido con el accidente, esto es, si se existen personas muertas o lesionadas, no debe olvidarse que, pese a sus especiales particularidades, este es un seguro de personas cuyo objeto es "poner a cubierto, a lo menos en parte, de las consecuencias que los accidentes acarrearán para el que los sufre y para las personas que viven a sus expensas."¹⁵¹

Como hemos afirmado el SOAP cubre a las personas de los resultados de muerte y de lesiones corporales que den origen a una incapacidad permanente total o parcial, así como también los gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica, siempre que dichos resultados sean consecuencia directa y precisa de un accidente de tránsito que cumpla los demás requisitos para que se configure como riesgo cubierto por la póliza.

Nos corresponde analizar cada uno de estos resultados, la manera de determinarlos, como asimismo el procedimiento especial de liquidación de la indemnización que le corresponda a las víctimas o a sus beneficiarios en los distintos casos.

En cuanto al procedimiento para la liquidación de estas indemnizaciones la Superintendencia a través de Circular N°659, de fecha 21 de Octubre de 1986 nos señala que, en atención a que tanto la Ley 18.490 como la póliza establecen las normas necesarias para determinar la indemnización que debe pagarse, monto de ésta, sus beneficiarios, procedimiento para su liquidación, documentación a presentar y exclusiones; las entidades aseguradoras que otorgan esta cobertura no

¹⁵¹ BAEZA PINTO, Sergio. "El Seguro de Accidentes Personales", Memoria de prueba para optar al Grado de

requieren del informe de un liquidador de siniestros para pagar las indemnizaciones, sin perjuicio que voluntariamente las partes lo puedan solicitar. Entendiéndose que el siniestro se encuentra en proceso de liquidación cuando sólo se ha dado aviso por escrito del acaecimiento del siniestro al asegurador y que se encuentra liquidado una vez “acompañada a la compañía aseguradora la totalidad de los documentos que correspondan aunque se encuentre pendiente el pago”¹⁵².

Por ello no es excusa válida para las compañías alegar haber entregado la liquidación del siniestro a un liquidador, aunque en la práctica, habitualmente, acudan a los liquidadores.

4.1 **MUERTE**

4.1.2 **Monto de la indemnización.**

En caso que el siniestro acarree la muerte de una o más personas víctimas de una accidente de tránsito, la Ley 18.490 establece que la indemnización es fija e invariablemente, para cada una, equivalente a la cantidad de 150 U.F., sin que se distinga ninguna circunstancia personal de la o las víctimas.

Previamente al pago se debe descontar todo aquello pagado por concepto de gastos de hospitalización, de atención médica quirúrgica o farmacéutica. (Inciso segundo del artículo 26 de la ley).

4.1.2 **Plazo.**

Esta muerte debe ocurrir en el plazo de un año contado desde la fecha del accidente.

Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Santiago, Universidad de Chile, 1943. p. 6

4.1.3 **Documentos a acompañar para el pago de la indemnización.**

Señala la póliza, en su artículo 6° que para solicitar el pago de la indemnización por muerte se debe presentar ante la aseguradora los siguientes documentos:

- i. Certificado de defunción que acredite la muerte del accidentado, como consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente de tránsito.
- ii. Certificado de Carabineros de Chile, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado debe incluir la indicación del RUT del accidentado cuando conste, sin perjuicio de que su omisión no faculta al asegurador para eximirse del pago de la indemnización.
- iii. Libreta de familia, certificado de matrimonio u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario con derecho a percibir la indemnización.

Estos documentos tienen por finalidad acreditar la muerte del accidentado, sea éste conductor, tripulante o tercero afectado por el accidente del vehículo asegurado; que la muerte es consecuencia precisa y directa del accidente donde participó el vehículo con cobertura vigente; que el accidente no es de aquellos expresamente excluidos de cobertura por la ley y, finalmente, determinar fehacientemente la identidad de los beneficiarios con derecho a indemnización.

4.1.4 **Beneficiarios.**

Como en este caso el accidentado ha fallecido la ley y la póliza señalan taxativamente las personas que, en calidad de beneficiarios, tienen derecho a percibir la indemnización, indicando un orden de prelación entre ellos y obligando,

¹⁵², CIRCULAR N°659, Superintendencia de Valores y Seguros, de fecha 21 de octubre de 1986.

a quien solicite para sí este pago, acreditar que la inexistencia de beneficiarios con mayor prioridad que él para percibir el seguro de acuerdo al orden de precedencia estipulado en el artículo 6º, inciso segundo, de la póliza, o que para su cobro cuenta con la autorización de ellos.

4.1.5 Caso de muerte cerebral. El Código Civil no nos proporciona una definición de muerte, por lo que debemos recurrir al diccionario para resolver este asunto. Antiguamente, el concepto clásico de muerte, la definía como la cesación de las funciones vitales o término de las funciones del corazón. Este concepto ha variado concluyendo en términos tales que dicha definición aparece en la actualidad como incompleta e inexacta. La ciencia médica ha aceptado el caso de la muerte cerebral, conceptualizada como la pérdida permanente de las funciones cerebrales del cerebro que son esenciales a la existencia humana, situación que no involucra, necesariamente, la cesación de las funciones o el término de las funciones del corazón y; sin embargo, es muerte al fin y al cabo.

En la materia que nos ocupa y en casos de muerte cerebral, no existiendo acuerdo entre los involucrados por disconformidad con la compañía aseguradora en el sentido de si la víctima del accidente de tránsito se encuentra muerta o no; carece de mayor relevancia, pues en el peor de los casos queda comprendida como incapacidad permanente total, afección que tiene asignada una indemnización de monto equivalente a la que corresponde para el caso de muerte, solucionando en la práctica el problema indemnizatorio tanto para la víctima que queda en tal estado como para sus beneficiarios.¹⁵³

4.2 LESIONES CORPORALES

¹⁵³ Sobre este punto tratan, en el Capítulo VIII, los fallos N°6), 11), 25), 26), 36) y 70).

Elas pueden derivar en incapacidades parciales o permanentes, dependiendo de la gravedad y permanencia que estas revistan, de acuerdo a los parámetros establecidos en la ley y en la póliza sobre este seguro. Debemos señalar que para efectos del SOAP únicamente tiene relevancia las lesiones que provocan incapacidades permanentes, que se presentan cada vez que una persona se ve imposibilitada funcionalmente de ejercer alguna actividad remunerada o que dicho ejercicio conlleve un mayor deterioro irreversible a la salud.

Según prescribe el artículo 7° de la póliza, para el pago de las indemnizaciones por incapacidad permanente, sea esta total o parcial, la víctima, personalmente o a través de representante facultado para ello, debe presentar a la entidad aseguradora los siguientes documentos:

- i. Certificado médico que acredite la naturaleza y grado de la incapacidad, donde se consigne que ella tiene su origen directo en un accidente en el cual participó el vehículo asegurado, e identificando al accidentado con nombre completo y RUT.
- ii. Certificado de Carabineros de Chile, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado debe indicar, siempre que conste, el RUT del accidentado.

Mediante estos documentos se acredita el tipo de incapacidad que afecta al accidentado, el grado de ésta y la identidad de los accidentados, que el origen de dicha incapacidad es un accidente de tránsito en que intervino un vehículo con cobertura vigente y que el accidente no es de aquellos excluidos de cobertura, de acuerdo al artículo 34 de la Ley 18.490.

Como hemos señalado, las lesiones pueden ser calificadas como simples lesiones o como generadoras de incapacidad. En este último caso, se distinguen las incapacidades permanentes en totales o parciales atendiendo a un parámetro

porcentual de reducción de las fuerzas físicas o intelectuales del lesionado. En todos estos casos la calificación y determinación del resultado dañoso del accidente corresponde al médico tratante, pero si la compañía no está de acuerdo con su diagnóstico puede practicar exámenes a la víctima para determinar, por su parte, la naturaleza y grado de la incapacidad; a través de profesionales capacitados para ello. Si ambos dictámenes no coinciden en todo o parte, la discrepancia deber ser resuelta por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio del asegurado. Esta calificación es relevante pues sirve para determinar el tipo de incapacidad permanente de que se trate y, en caso de tratarse de lesiones que generen incapacidad permanente parcial, determina el monto específico de la indemnización que corresponda a la víctima.

En particular, respecto de la calificación de las lesiones, existe en el público en general la creencia de que el certificado emitido por Carabineros de Chile tiene mérito para calificar los resultados del accidente, lo que excede sus atribuciones ya que la ley es clara al señalar que es el médico tratante el profesional llamado a realizar tal determinación.¹⁵⁴

4.2.1 **Incapacidad Permanente Total**

- **Definición.**

El inciso primero del artículo 27 de la Ley 18.490 así como también la letra b) el artículo 2° de la póliza se encargan de definir la incapacidad permanente total como “aquella que produce al accidentado la pérdida de, a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente.

- **Determinación.**

¹⁵⁴ Véase en el Capítulo VIII, fallos N°16) y 59).

Esta incapacidad y su grado deben determinarse por el médico tratante, es decir, por el profesional que esté atendiendo a la víctima.

Como contrapartida, la compañía aseguradora, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley, siempre tiene derecho a examinar a la persona lesionada, por medio del facultativo que la efecto designe, pudiendo adoptar conjuntamente, 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.

Si, con posterioridad a los exámenes que la propia aseguradora efectúa, su opinión no coincide en todo o parte con el dictamen del médico tratante, esta discrepancia debe ser resuelta por la Comisión de medicina Preventiva o Invalidez correspondiente al domicilio del asegurado.

Sin embargo, de acuerdo al artículo 28 de la Ley, el asegurador se encuentra obligado “al pago de lo no disputado” mientras la mencionada comisión resuelve en única instancia, es decir, la compañía deberá indemnizar los resultados que ésta haya podido comprobar en la víctima a través de los facultativos de su confianza, sea por una grado menor de incapacidad permanente total o parcial y /o por los gastos médicos.

- Monto.

Esta incapacidad es indemnizada en todos los casos con una suma de dinero equivalente a 150 U.F., previo descuento de todo lo pagado por concepto de gastos médicos.

- Plazo.

La regla general en materia de SOAP es que los derechos deben ejercerse en el plazo de un año, plazo que se cuenta desde la fecha del accidente. No obstante lo

anterior, respecto de este tipo de incapacidad el legislador establece una excepción a esta regla tanto en cuanto al tiempo de prescripción como al momento, pues el plazo de prescripción empieza a correr desde la fecha de emisión del certificado médico que expida el médico tratante, teniendo éste la facultad de otorgarlo, válidamente en el plazo de dos años de transcurrido el accidente de tránsito.

- Caso de fallecimiento posterior de una víctima ya indemnizada por incapacidad permanente total.

Si liquidada una incapacidad permanente total a una víctima ésta posteriormente fallece a consecuencia del mismo accidente de tránsito, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cantidad alguna a sus beneficiario pues las indemnizaciones en este seguro, por regla general, no son acumulables.

4.2.2 **Incapacidad Permanente Parcial**

- Definición.

El inciso segundo del artículo 27 de la Ley 18.490 y la letra c) del artículo 2° de la póliza definen la incapacidad permanente parcial como “aquella que produce al accidentado una pérdida igual o superior al treinta por ciento pero inferior a las dos terceras partes de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente.

- Determinación.

Esta incapacidad y su grado, al igual que en la incapacidad anterior, debe determinarse por el médico tratante, teniendo siempre la compañía el derecho de examinar a la víctima y en caso de existir discrepancia entre éste y el médico que al efecto designe la compañía aseguradora debe ser resuelta por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio del asegurado.

En todo caso el asegurador se encuentra obligado al pago de lo no disputado, esto es, debe pagar la indemnización que ésta haya determinado, sea por concepto de un menor grado de incapacidad permanente parcial y/o por gastos derivados de las lesiones no constitutivas de dicha incapacidad.

- Monto.

Es indemnizada con una suma de dinero variable que depende del grado de incapacidad que se diagnostique a la víctima, cuya suma máxima es equivalente a 90 U.F.

El monto establecido por la ley al respecto corresponde al equivalente de hasta 90 U.F. En este punto la ley dispone en su artículo 25 N°3 que este monto corresponde a una proporción de dicha indemnización básica, según la clasificación que al efecto se haga en la póliza.

En cumplimiento del mandato legal, la póliza, en el inciso segundo, letra c) del artículo 3°, establece que el monto definitivo "corresponderá a 1.36 Unidades de Fomento por cada punto porcentual de grado de incapacidad permanente del accidentado, correspondiendo una indemnización de 90 Unidades de Fomento a la persona que presente un grado de incapacidad permanente del 66%".

En este caso de incapacidad, a diferencia del caso de muerte o de incapacidad permanente parcial, las sumas pagadas por el asegurador por concepto de gastos médicos no se deducen de la indemnización a pagar, con la limitación de que éstos sumados a la indemnización que corresponda por este tipo de incapacidad no puede exceder del equivalente de 90 U.F.

- Plazo.

El plazo establecido para su cobro ante la compañía aseguradora es de un año contado desde la fecha de emisión del certificado médico que expida el médico

tratante, el cual tiene un plazo máximo de presentación de dos años desde la fecha del accidente.

- Caso de incapacidad permanente total decretada con posterioridad a la liquidación de una incapacidad permanente parcial o muerte sobreviniente.

Finalmente, debemos recordar que si liquidada un incapacidad permanente parcial posteriormente y dentro del plazo de dos años de ocurrido el accidente se decreta por el médico tratante la incapacidad permanente total de la víctima, la aseguradora se encuentra obligada a pagar el saldo de la cantidad ya pagada hasta completar una cantidad equivalente a 150 U.F., previo descuento de toda suma pagada por concepto de gastos médicos. Lo mismo ocurre si pagada una incapacidad permanente parcial y a consecuencia del mismo accidente fallece la víctima, siempre y cuando ello ocurra dentro de un año desde la fecha del accidente.

4.3 GASTOS MÉDICOS

4.3.1 Definición.

Este concepto sólo ha sido incorporado en el último modelo de póliza dictado por la Superintendencia. Este servicio, recogiendo las dudas y problemas suscitados en la comprensión de los términos contenidos en la ley, ha desarrollado un concepto amplio y detallado de todas las prestaciones que deben ser cubiertas por este seguro.

La ley señala en el numeral 4° del artículo 25, que este seguro cubre los gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica sin indicar el significado y alcance de cada uno de estos términos, esta imprecisión fue causa de constantes discusiones entre los involucrados en este seguro para la

determinación de qué prestaciones y hasta qué monto se encuentran cubiertas por el SOAP.

Con la confección de este último modelo de póliza, contenido en la Circular N°1462, de 28 de Diciembre de 1999, se acuña por primera vez el término "gastos médicos", expresando que estos gastos "comprenderán la atención prehospitalaria y el transporte sanitario, la hospitalización, la atención médica y quirúrgica, los gastos farmacéuticos y los gastos de rehabilitación de las víctimas" (Parte final, letra d), artículo 2° de la póliza).

4.3.2 **Monto**

Independientemente del resultado final que se produzca a consecuencia de un siniestro bajo cobertura del SOAP si se originan gastos médicos, estos deben ser cubiertos hasta un monto equivalente de hasta 90 U.F. por los gastos en que "el afectado deba incurrir para la atención de las afecciones que directamente provengan de lesiones originadas por el accidente de tránsito en que haya participado el vehículo asegurado." Según dispone el inciso primero, letra d), artículo 2° de la póliza.

Para la determinación de la indemnización a pagar la ley contempla diversos límites o topes, dependiendo del tipo de prestación que se otorgue, según lo señalado en el artículo 25 de la Ley 18.490.

Complementando dicha disposición, la póliza señala que el asegurador se encuentra obligado a reembolsar los gastos en que efectivamente haya incurrido el accidentado, siempre que dicho reembolso no exceda del valor asignado para esa prestación en el Arancel Nivel 3 de la Modalidad de Libre Elección de FONASA (MLE) vigente al momento de otorgarse la prestación, a excepción de las

prestaciones que se detallan en la letra d) del artículo 2º cuyos límites de reembolso son distintos de aquél general.

Sin embargo, la circunstancia de no encontrarse contemplada en dicha Modalidad de Fonasa o de no encontrarse en la numeración de la letra d) del artículo 2º de la póliza una o más de las prestaciones o atenciones que requiera el accidentado no es impedimento para su otorgamiento ni puede ser excusa para que las aseguradoras las excluyan de cobertura.

La delimitación del monto a indemnizar por estos gastos médicos es la materia más reglamentada en la póliza, pues ha sido fuente de innumerables fraudes a este seguro. Incluso existen verdaderas empresas de cobranzas que, utilizando la posibilidad que contempla la ley de pago directo a quien acredite la prestación a la víctima, se dedican al recupero de gastos médicos que no han sido efectivamente realizados. El fraude, entonces, consiste en cobrar gastos o atenciones que no se han proporcionado a los accidentados o que, otorgadas, son de una naturaleza o valor real distintos de los que se declaran.

Asimismo, la mayoría de las consultas y reclamos que recibe la Superintendencia dicen relación con este ítem indemnizatorio.¹⁵⁵

-4.3.3 Plazo

Señala la ley que sólo se encuentran sujetas a reembolso aquellos prestaciones de salud que se verifiquen dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente.

i. Documentos a acompañar para el pago de la correspondiente indemnización.

¹⁵⁵ Véase en el Capítulo VIII, fallos N°2), 7), 11), 13), 31), 32), 33), 34), 37), 38), 46), 57), 60), 61), 62) y 67).

El seguro opera mediante el mecanismo de reembolso de lo efectivamente pagado por gastos médicos. Por ello las indemnizaciones provenientes por gastos médicos se pagan una vez presentados los siguientes antecedentes:

a- Original de recibos, boletas o facturas comprobatorias de los gastos amparados por esta póliza, donde debe individualizarse el nombre de la persona que recibe la respectiva prestación o incurre en el gasto y la naturaleza de uno u otro.

En el caso de prestaciones consistentes en exámenes de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico o de reembolso de gastos farmacéuticos, debe acompañarse además, la correspondiente orden o receta médica. Este último requisito constituye una novedad incorporada en el nuevo modelo de póliza, cuyo objetivo evitar los fraudes a las compañías aseguradoras por prestaciones no otorgadas a las víctimas.

b- Certificado de Carabineros de Chile, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado debe incluir el RUT del accidentado cuando conste.

4.3.5 **Base referencial de pago**

Para el cálculo de los gastos médicos referidos, las compañías aseguradoras y los liquidadores, deben utilizar el Arancel Fonasa. Este arancel es fijado mediante resolución exenta del Ministerio de Salud, del cual toma razón la Contraloría General de la República, y se publica en el Diario Oficial todos los años el 1º de Enero, pudiendo tener una fecha de inicio de vigencia distinta de la de su publicación razón por la cual se debe indicar esta información en dicha instancia.

El hecho de que este arancel pueda tener una vigencia posterior a la fecha de su publicación ha originado problemas en su aplicación, pues han ocurrido casos en que se ha aplicado un arancel nuevo que aún no ha entrado en vigencia.

El SOAP utiliza el Arancel Fonasa como base, pues al ser este un documento oficial y público presenta la ventaja de proporcionar una mayor uniformidad y estabilidad en su aplicación, a diferencia de los aranceles de Isapres que, perteneciendo al sector privado, se rigen por el libre mercado teniendo un carácter fluctuante y distinto dependiendo de cada institución.

Ahora bien, dentro de las modalidades de atención que contempla Fonasa, en el SOAP se ha optado por la aplicación, obligatoria, del sistema de libre elección. En esta modalidad el beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad de salud pública o privada sin necesidad de que estos o aquellos se encuentren inscritos en el rol correspondiente a la nómina de profesionales e instituciones a que se refiere la Ley 18.469 en su artículo 13.

4.3.6 Gastos médicos con reglamentación especial

Como señalamos, la indemnización de los gastos médicos ha originado múltiples controversias en su aplicación desde la creación de este seguro; por esta razón la póliza señala expresamente el límite indemnizatorio de aquellas prestaciones y gastos que, teniendo expresa cobertura del SOAP, hacen excepción a la regla general en esta materia al aplicárseles un tope de cobertura distinto al valor asignado para la respectiva prestación en el Nivel 3 de la Modalidad de Libre Elección de FONASA (MLE).

a- Días cama: Límite de tres U.F. por día cama. El valor que debe aplicarse por este concepto, corresponde al estipulado en el arancel a particulares del

establecimiento asistencial respectivo. La Ley 18.490 se refiere a esta prestación como gastos de hospitalización; sin embargo, como la utilización de este concepto dio origen a múltiples consultas y reclamos a la Superintendencia, este órgano decidió utilizar este concepto para otorgar mayor claridad a los usuarios del SOAP. Asimismo, señala que debe entenderse por gastos de hospitalización aquellos en que incurre el accidentado durante su estadía en un centro hospitalario por los conceptos establecidos en el arancel y normas técnicas respectivas del régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469, vigentes al momento de otorgarse la respectiva prestación, los cuales incluyen habitación, alimentación, enfermería y demás prestaciones que se comprendan en las denominadas atenciones cerradas.

b- Traslados: Arancel Modalidad de Atención Institucional Fonasa, aumentado en un 20%. En estos casos, y para efectos del transporte aéreo, se aplicarán los valores correspondientes a las Rondas del respectivo arancel.

c- Gastos farmacéuticos: Precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos.

d- Atención dental: Valor promedio habitual en el mercado de las respectivas prestaciones o tratamientos dentales.

e- Intervenciones quirúrgicas y prótesis grupos 11 al 21 y 23 del Arancel Modalidad de Libre Elección Fonasa:

- . Intervenciones de neurocirugía: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Intervenciones de oftalmología: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Procedimientos de otorrinolaringología: 1,2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Cirugías de Cabeza y Cuello: 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Cirugía Plástica y reparadora: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.

- . Procedimientos terapéuticos de dermatología: 4 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Intervenciones quirúrgicas de tegumentos: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Cirugía cardiovascular: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Cirugía de tórax: 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Procedimientos de gastroenterología: 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Cirugía abdominal: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Cirugía de mama: 1,6 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Procedimientos de ortopedia o traumatología: 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Procedimientos e intervenciones quirúrgicas generales de ortopedia o traumatología: 1,5 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Intervenciones quirúrgicas segmentarias de ortopedia o tramatología: 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa.
- . Prótesis: Todos aquellos que no estén señalados en el Arancel Modalidad Libre Elección Fonasa, tales como yesos u otros, y que se requieran para la atención de las afecciones amparadas en el presente seguro, deben ser pagados de acuerdo al precio promedio habitual en el mercado de las respectivas prótesis.

5 **PROCEDIMIENTO DE RECLAMO**

Recibido el informe del liquidador y resuelta por la entidad aseguradora el caso sometido a decisión, pueden suceder dos cosas:

- a) Que las partes estén de acuerdo con el informe final del liquidador, en cuyo caso la compañía autoriza o deniega el pago en atención al contenido de dicho informe; o bien,
- b) Que no exista acuerdo respecto del contenido del informe definitivo que se traduce en la decisión de la compañía de pagar o no la indemnización y el monto de ésta en caso afirmativo.

En esta última hipótesis nace para ambas partes el derecho de impugnar dicho informe. Este derecho corresponde tanto al asegurado como a la entidad aseguradora, originándose la mayoría de las veces por diferencias en la evaluación de los riesgos o por discrepancias en la extensión de las coberturas y, de acuerdo al artículo 19 del modelo de póliza del SOAP, que contiene una cláusula compromisoria, corresponde someter a arbitraje la solución del conflicto. Este derecho, que se traduce en el ejercicio de la acción correspondiente tiene fijado un plazo especial de prescripción que es de un año, contado desde la fecha de la decisión de la compañía de denegar la indemnización o al fijar la suma líquida a pagar.

Por esta cláusula las partes sustraen el conocimiento de la jurisdicción ordinaria, obligándose a nombrar un árbitro en un acto posterior. Las partes al celebrar el contrato de seguro saben y aceptan que, en caso de dificultad el asunto debe ser resuelto por un árbitro que tiene la calidad de arbitrador.¹⁵⁶

Como hemos señalado este juez, por regla general, tiene la calidad de arbitrador, es decir, falla obedeciendo lo que la prudencia y equidad le dictan, sin

¹⁵⁶ Para una mayor comprensión sobre esta materia, en el Capítulo VIII, fallos N°17) y 35).

encontrarse obligado a guardar en su procedimiento y en su fallo otras reglas que las que partes hayan expresado en el acto constitutivo, y si éstos nada expresan se está a lo que, para este caso, establece el Código de Procedimiento Civil en los artículos 636 y 642. Sin embargo, puede suceder que este juez tenga la calidad de árbitro mixto, lo que significa que en cuanto al procedimiento actúa como arbitrador debiendo dictar sentencia conforme a derecho, ello sucede en los casos en que no existe acuerdo entre las partes en la persona del árbitro actuando la justicia ordinaria en su designación.

Ahora bien, si el monto reclamado es inferior a 120 U.F., el asegurado, el contratante o el beneficiario puede por sí solo y en cualquier momento, someter el arbitraje de las dificultades que se susciten con la compañía aseguradora a la decisión de la Superintendencia.¹⁵⁷

6 **PAGO**

"Presentados los documentos señalados en los artículos 6º, 7º y 8º y determinada la responsabilidad del asegurador respecto del siniestro, se deberá pagar la indemnización que corresponda dentro de los 10 días hábiles siguientes."¹⁵⁸

En definitiva, acompañados los documentos requeridos, de acuerdo al tipo de indemnización que se solicite, y entregado el informe del liquidador la

¹⁵⁷ Sobre esta materia la Superintendencia ha señalado que por ley tiene la facultad para calificar los casos en que es procedente su intervención como árbitro. En Capítulo VIII, fallo N°3).

¹⁵⁸PÓLIZA, Artículo 9º.

compañía aseguradora emite el documento de pago a nombre de quien reclama la indemnización, pues acreditada la responsabilidad del asegurador, éste se encuentra obligado a pagar la correspondiente indemnización dentro de los diez días hábiles siguientes a la presentación de la documentación.

6.1 FORMA.

El pago debe hacerse en dinero en efectivo y al contado, expresándose en una suma equivalente a la cantidad de unidades de fomento correspondientes al día efectivo del pago y se efectúa en las oficinas de la compañía aseguradora al titular de la indemnización o a quien presente poder suficiente para cobrar en su representación. Pese a que se señala que debe efectuarse en dinero en efectivo, generalmente se realiza mediante el giro de un cheque, a nombre de la persona que solicita la reparación, por parte del asegurado.

Se debe tener presente que este pago puede ser definitivo o provisorio. Es definitivo cuando existe acuerdo entre el asegurador y la víctima o sus beneficiarios respecto de la calificación del resultado y del monto de la indemnización; o provisorio, cuando no existe tal acuerdo, caso en que la compañía se encuentra obligada a pagar lo no disputado. En ambos casos para el cálculo de la cantidad a pagar debe estarse al valor de la U.F. vigente el día en que se lleva a cabo el pago.

6.2 A QUIEN DEBE HACERSE EL PAGO.

- Para determinar a este sujeto debe distinguirse si producto del accidente resultaron personas muertas o lesionadas. En caso de muerte el pago debe hacerse a los beneficiarios o a sus representantes; en cambio, en caso de

lesiones que produzcan incapacidades permanentes en los accidentados el titular es la víctima, quien puede actuar por sí o a través de representantes designados para tal efecto. Finalmente, si las lesiones sólo originan incapacidades temporales, que generan gastos médicos, la ley establece la posibilidad a la aseguradora de pagar directamente a los establecimientos hospitalarios o a las entidades previsionales que efectúan el desembolso previa acreditación de haber prestado el correspondiente servicio a la víctima. Esto es lo que se conoce como pago directo, pues se cancela directamente al establecimiento o entidad que incurre en gastos a consecuencia de las prestaciones otorgadas a la o las víctimas del accidente. Generalmente este tipo de pago se produce cuando las víctimas del siniestro reciben atención en centros o establecimientos hospitalarios del Estado.

6.3 PLAZO PARA PAGAR.

Las indemnizaciones a que da lugar este seguro deben pagarse dentro de un plazo de diez días contados desde la fecha de presentación de los antecedentes que acreditan las circunstancias que hacen procedente las indemnizaciones, señalados en los artículos 30 de la Ley 18.490 y 6°, 7° y 8° de la póliza.

De las disposiciones mencionadas no queda claro si este plazo corresponde al lapso que la compañía tiene para solicitar la emisión del respectivo informe al liquidador o si debe aplicarse como plazo perentorio para que la aseguradora, una vez recibido el informe mencionado, proceda a pagar. Cualquiera sea la hipótesis que se acepte, de no proceder al pago dentro de los diez días el afectado puede recurrir a la Superintendencia por tal irregularidad

6.4 PREEMINENCIA Y PREFERENCIA PARA SU PAGO.

Es importante señalar que el pago de las indemnizaciones originadas por la cobertura del SOAP deben ser pagadas con preeminencia a cualquier pago o reembolso a que tenga derecho la víctima o el asegurado por otros sistemas de seguro o previsión, los que sólo concurren en la parte no cubierta. (Artículo 32 de la Ley 18.490). Además, estas indemnizaciones gozan de preferencia para su pago en caso de quiebra del asegurador. Esto nace como un privilegio especial en el orden de prelación de créditos a que de lugar la quiebra.

En efecto, el artículo 42 de la ley establece que "los créditos de los asegurados por indemnizaciones de siniestros ocurridos antes de la fecha de declaratoria de quiebra y cuyo pago se encuentre pendiente, gozarán de un privilegio especial por sobre todo otro crédito, incluidos los de primera clase, sobre todos los bienes del fallido.

El síndico pagará dichos créditos con cargo a los primeros fondos del fallido de que pueda disponer, sin que sea necesario que los respectivos acreedores verifiquen tales créditos en la quiebra."¹⁵⁹

7 **PRESCRIPCIÓN**

7.1 **REGLA GENERAL.**

Hemos señalado en los puntos anteriores que sólo se encuentran cubiertos aquellos resultados o aquellas prestaciones que se produzcan en el término de un año desde la ocurrencia del accidente.

7.2 **EXCEPCIÓN.**

¹⁵⁹ En el capítulo VIII, fallos N°(6), 8), 12), 26), 48), 49), 50), 51), 55) y 58).

Haciendo excepción a la regla general en esta materia, señala el legislador que, para el caso de incapacidades permanentes este plazo empieza a correr desde la fecha de emisión del certificado médico que expida el médico tratante, el que, en todo caso, no puede presentarse luego de transcurrido dos años desde la fecha del accidente.

7.3 INTERRUPCIÓN NATURAL DE LA PRESCRIPCIÓN.

Teniendo a la vista la protección de los asegurados y considerando que este término de extinción es de corto plazo, el legislador ha establecido que esta prescripción se suspende con la recepción por parte del asegurador de los antecedentes requeridos para la solicitud de cobro de la indemnización, "la cual sin embargo no operará luego de haberse presentado lo antecedentes por segunda vez".

Esta interrupción, contenida en el inciso segundo del artículo 11 de la póliza, sólo fue incorporada el año 1999, al dictarse el nuevo modelo de póliza del SOAP. De esta forma se dio solución a los múltiples problemas interpretativos que sobre esta materia se produjeron desde la vigencia de la Ley 18.490.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Véase en el capítulo VIII, fallos N°4), 40) y 56).

CAPÍTULO VII

JURISPRUDENCIA

"Existen ramas del derecho cuya elaboración y progreso es mas jurisprudencial que legislativo,"¹⁶¹ tal fenómeno precisamente sucede en el derecho de los seguros, que en lo contractual se encuentra regido fundamentalmente por las disposiciones del Código de Comercio, por la ley 18.490 y tangencialmente por el DFL 251. Frente al dinamismo que presenta esta área del derecho, íntimamente ligada al comercio, esta legislación presenta, por regla general, caracteres decimonónicos sin tratar muchos aspectos de lo que podríamos denominar el nuevo derecho de los seguros, contenido principalmente en las condiciones generales de los propios contratos de seguros y en la jurisprudencia.

Podría tal vez estimarse que no siendo la Jurisprudencia reconocida como fuente formal del derecho y careciendo de fuerza vinculante para quienes no fueron parte en la controversia particular, no tendría mayor relevancia el estudio de los fallos que sobre esta materia se dicten; sin embargo, "cualquiera sea el valor que se le atribuya a la Jurisprudencia y su importancia, resulta irracional no conocerla, pues es muy conveniente e ilustrativo considerar lo que en el pasado se ha fallado para situaciones presentes similares y respecto de las cuales normalmente rigen las mismas normas legales y doctrinarias."¹⁶²

¹⁶¹ CONTRERAS STRAUCH, Op. Cit., Tomo I, p. 11.

¹⁶² Ibid., p. 12.

La recopilación de jurisprudencia en materia de seguros, desde el año 1927 en adelante es una labor difícil y ardua, ya que nuestra normativa determina como órganos competentes para resolver contiendas sobre cada contrato a tribunales arbitrales y a la Superintendencia de Valores y Seguros. Así, expresamente se establece, para el caso del SOAP, en el artículo 19 de la póliza cuyo modelo se encuentra establecido en la Circular N°1462, de 28 de Diciembre de 1999, de dicha Superintendencia

Ahora bien, respecto de esta cobertura obligatoria los problemas que se suscitan con ocasión de la aplicación e interpretación del contrato, en general, son resueltos en primera instancia por la Superintendencia, por cuanto el inciso segundo del artículo 19 citado señala que, aún cuando el asunto se encuentre sometido al conocimiento del árbitro arbitrador, "en cualquier momento por sí solo, el asegurado, el contratante o el beneficiario pueden someter el arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no excedan de 120 UF..."

Por esta razón nos abocaremos al análisis de los fallos que, sobre esta materia, han pronunciado dichos órganos, deteniéndonos principalmente en aquellos dictados por el órgano contralor.

i- JURISPRUDENCIA ADMINISTRATIVA

Esta jurisprudencia emana de la Superintendencia de Valores y Seguros, órgano del aparato estatal creado el año 1931 mediante el DFL N°251. Esta entidad dentro de sus atribuciones y funciones específicas, de acuerdo a lo prescrito en la

letra a) del artículo 4° del DL 3538 de 1980, le corresponde interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; así como también, fijar normas, impartir instrucciones y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento. De este modo, en cumplimiento de sus obligaciones y en uso de las atribuciones otorgadas por ley este servicio conoce y resuelve, por regla general a petición de parte, de los problemas que se susciten en la aplicación de los contratos de seguros dictaminando a través de oficios y dictámenes que son obligatorios para las partes, sin perjuicio, que éstas puedan recurrir a los tribunales para la resolución definitiva de la controversia

1.1 SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS COMO ÓRGANO

Se encuentra regulada, en la actualidad, por el DL N°3538 del año 1980 que modificó el DFL N°251; su principal objetivo en materia de seguros es la fiscalización de las operaciones de las sociedades anónimas de seguros, contando para ello con amplias facultades, tales como, solicitar la ejecución y presentación de balances y otros estados financieros e informes en las fechas que estime convenientes, requerir toda clase de datos y antecedentes para conocer del estado, desarrollo y solvencia de las entidades fiscalizadas, dictar normas de carácter general para efectos de valorizar sus inversiones y vigilar la forma en que éstas cumplen las prescripciones que establecen las leyes vigentes sobre esta materia.

Específicamente en lo que se refiere al seguro obligatorio de accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados, el artículo 21 de la Ley 18.490 confiere facultades especiales a este servicio, como son:

a) Aprobar el modelo de póliza, pudiendo modificarlo cuando lo estime necesario. Ambas atribuciones constituyen un verdadero monopolio en esta materia, haciendo excepción a la regla general en materia de seguros que permite que cada compañía pueda crear los modelos de póliza que estime convenientes, los cuales sólo deben ser inscritos en los registros que al efecto mantiene la Superintendencia, previa aprobación del modelo por dicho servicio (artículo 3º, letra e) del DFL N°251).

En cambio, en materia de SOAP el modelo de póliza sólo puede ser confeccionado por este órgano fiscalizador debiendo todas las compañías adherir, sin posibilidad de disentir, a las cláusulas contenidas en el referido modelo, que pasa a constituir lo que se conoce como condiciones generales de contratación de este seguro. De este modo, las aseguradoras se ven limitadas a aplicar y contratar en los términos dispuestos por el modelo de póliza vigente fijado por la autoridad.

b) Resolver como arbitro arbitrador, en casos a su juicio calificados, las dificultades que se susciten entre la compañía aseguradora y entre el asegurado, contratante y beneficiario.

En este punto se establecen restricciones, pues la regla general de acuerdo al artículo 19 de la póliza es que estos asuntos sean conocidos por un arbitro arbitrador nombrado de común acuerdo por las partes; estas limitaciones dicen relación con tres puntos:

i- Sólo pueden solicitar la intervención de la Superintendencia para que conozca como tribunal competente el asegurado, beneficiario o contratante del seguro, quedando, por tanto, excluidos de la posibilidad de solicitar su conocimiento las compañías aseguradoras.

ii- El monto de los daños reclamados no puede ser superior a 120 UF. Esta limitación, hoy en día, tiene relevancia ya que el monto máximo de indemnización establecido en la ley es equivalente a 150 U.F en caso de muerte o de incapacidad permanente total.

iii- La Superintendencia, solicitada que sea su intervención, debe analizar los antecedentes del caso para "calificarlo" y sólo si lo estima pertinente asumirá el arbitraje.¹⁶³

1.2 DICTÁMENES, OFICIOS Y CIRCULARES

Como todo órgano del Estado goza de la facultad de emitir dictámenes, oficios y circulares destinados, aquellos, a absolver las consultas que se le formulen y a solucionar las dificultades que observe en la aplicación de las leyes y reglamentos de su competencia, y, éstos, a dictar instrucciones y órdenes dentro de la administración que deben ser observadas por las entidades fiscalizadas. En el mismo sentido, el DL 3538 de 1980, en su artículo 4° letra b), señala que es un deber de tal institución absolver las consultas y peticiones que se le formulen.

A su respecto, debemos detenernos a analizar la fuerza obligatoria que estos actos administrativos tienen. Las circulares, que se caracterizan como actos internos de la administración, sólo producen eficacia dentro de la administración y, por tanto, fuera de este ámbito carecen de obligatoriedad; por excepción, cuando se dictan en cumplimiento de un mandato legal exceden este limitado ámbito pasando a ser obligatorios para sujetos no pertenecientes a la administración pública. Tal es el caso de la Circular N°1459, de Diciembre 3 de 1999, que en cumplimiento de lo ordenado por el legislador en el artículo 18 de la Ley 18.490,

¹⁶³ Veáse, en este capítulo, dictamen 3), en jurisprudencia administrativa.

determina la forma y contenido del certificado de la póliza del seguro obligatorio de accidentes personales. Por su parte, los dictámenes y oficios constituyen actos de juicio de la Superintendencia que carecen de fuerza obligatoria, en virtud de ello es que sus respuestas a las consultas formuladas por las víctimas, por los beneficiarios o por las aseguradoras, constituyen el criterio de este servicio sin fuerza vinculante para las partes involucradas. Así lo ha reconocido expresamente este órgano, a través del Oficio N°2620, de 14 de Junio de 1995, acto en el cual señala que los pronunciamientos emitidos mediante oficios representan la opinión de la Superintendencia sobre materias de su competencia, que tiene por fundamento lo establecido en las normas legales y reglamentarias, pero que "no constituyen una resolución administrativa ni una sentencia arbitral, que lo expresado por el servicio no impide el ejercicio por las partes del contrato de su derecho a hacer uso de la cláusula arbitral prevista en la póliza, como tampoco obsta a que ellos hagan valer en el procedimiento arbitral las acciones y excepciones relativas a la procedencia a la procedencia de la indemnización o, en general, al cumplimiento del contrato de seguro y sus condiciones"¹⁶⁴

Pese a lo anterior, no se puede desconocer que los criterios planteados a través de sus dictámenes y oficios (cuando actúa no en calidad de árbitro sino que como ente fiscalizador) constituyen siempre una herramienta importante, en cuanto fijan y determinan el alcance e interpretación de leyes y reglamentos; y, así se ha entendido por quienes recurren a este órgano, lo que se traduce en que quienes se ven implicados por lo resuelto a través de sus dictámenes y oficios adecuan sus conductas y determinaciones a los lineamientos proporcionados por la Superintendencia.

¹⁶⁴ REVISTA DE SEGUROS N°108, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, de Diciembre de 1995, p. 15.

Entonces, los instrumentos con que cuenta este servicio son de la mayor relevancia, en especial cuando se refieren al establecimiento de criterios más o menos uniformes en las materias de su competencia.

1.3 OFICIOS Y DICTÁMENES

Al analizar la jurisprudencia emanada de los Dictámenes y Oficios emanados de la Superintendencia de Valores y Seguros en respuesta a las consultas y reclamos de los interesados, hemos decidido ordenarlas alfabéticamente designándolas por un descriptor que permita orientar sobre la materia objeto de decisión; sin embargo, y a objeto de hacer más clara su lectura nos hemos tomado la libertad de resumirlos y de enumerar las consideraciones de las partes y del servicio, destacando entre comillas aquellas partes en que hemos mantenido intacta su redacción original.

1.3.1 Alcance de la expresión “accidente en que intervenga el vehículo asegurado”. Oficio N° 1053, de 22 de Marzo de 1988

En el caso de una persona que siendo transportada en un vehículo asegurado resulta lesionada producto la caída accidental a la calzada al confundir la manilla del vidrio con la de la puerta del vehículo mientras éste se encontraba en circulación, se presentó la duda en cuanto al alcance de esta expresión pues la compañía aseguradora estimaba que dicho incidente no se encontraba bajo cobertura pues no existía participación del vehículo asegurado y no tenía relación alguna con la circulación del mismo.

En opinión de la Superintendencia, de acuerdo a los antecedentes proporcionados, el siniestro se encuentra cubierto por la póliza, toda vez que el hecho es constitutivo de un accidente producido con motivo de la circulación del

vehículo motorizado, que no figura en las exclusiones que taxativamente establece la ley y la póliza; recalando que la expresión ‘accidente en que intervenga el vehículo asegurado’ comprende todo hecho constitutivo de un accidente producido con motivo de la circulación del vehículo asegurado.¹⁶⁵

1.3.2 Aplicación del Arancel de la Ley 18.469. Valor de reposición de las prótesis. Modalidades de Atención Institucional o Libre Elección. Oficio N° 1573, de 16 de Abril de 1990.

Recibida presentación referente a conflicto surgido con una compañía de seguros en relación al cobro del valor de reposición de prótesis, fundando dicho reparo en que a juicio de ésta, para los efectos del SOAP, el tope de la indemnización es el valor señalado en el Arancel vigente al momento de otorgarse la prestación aumentado en la proporción que corresponda al Grupo 2 del rol de modalidad de libre elección. Por su parte, el Servicio de Salud discrepa de la opinión de la aseguradora, ya que el inciso segundo de la letra d) del artículo 2° de la póliza debe entenderse referido al mencionado arancel en su integridad, de forma que para una adecuada aplicación del mismo y para una debida evaluación de la prestación debe estarse no sólo a los códigos del grupo, subgrupo, específico y adicional sino también a lo que dicho arancel prescribe en su artículo 12, que en su inciso final expresa: ‘El valor de las prótesis que se obtengan en la modalidad de Atención Institucional será el que represente su costo de reposición por los Servicios de Salud’. Expresa, además, que este el caso de los accidentados, quienes ordinariamente se atienden por la modalidad Institucional.

La Superintendencia señala que, para analizar el problema, es necesario tener en consideración las siguientes disposiciones legales y reglamentarias:

¹⁶⁵ REVISTA DE SEGUROS N° 79, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1988., p. 52.

i.- Ley 18.469, de Noviembre 23 de 1985. Este cuerpo legal regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

El artículo 12 de esta ley establece que tanto los afiliados como beneficiarios que de ellos dependan ‘podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de Libre Elección’, que se establece en el artículo siguiente, caso en el cual gozarán de libertad para elegir el profesional o el establecimiento o institución de salud, que conforme a dicha modalidad otorgue la prestación requerida’.

ii.- DS N°369, de Noviembre 22 de 1985, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud. En el número V, artículo 43, establece que las prestaciones médicas del régimen se otorgarán mediante dos modalidades de atención: Institucional o de Libre Elección; y que, de conformidad a lo preceptuado en el artículo 44, en la modalidad de Atención Institucional las prestaciones médicas se otorgarán a los beneficiarios por los organismos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes de dicho ministerio o entidades públicas o privadas con las cuales dicho organismo haya celebrado convenios para estos efectos.

En lo que a la modalidad de Libre Elección se refiere, se encuentra definida en el artículo 45 y se entiende por ella ‘aquella en virtud de la cual los profesionales o entidades del sector públicos o privado, inscritos para tal efecto y elegidos libremente por el afiliado, ejecutan las prestaciones que con este objeto se señalan en el arancel, por la retribución que en el mismo se determina’.

iii.- Resolución Exenta N°1716, de Diciembre 19 de 1985, del Ministerio de Salud, que aprueba el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud.

Su artículo 1° define su esfera de aplicación y, a tal efecto, dispone que las prestaciones de salud que se otorguen por los servicios de salud, instituciones u organismos del Sistema Nacional de Servicio de Salud o por profesionales, establecimientos o entidades asistenciales de salud. De conformidad con la Ley 18.469, se sujetarán para la determinación de su valor al presente arancel.

El artículo 2° fija el arancel para las prestaciones que se otorguen por el Régimen de la Ley 18.469, sea por la modalidad de Atención Institucional o por Libre Elección, aclarando en forma expresa que lo anterior es ‘sin perjuicio de las restricciones de aplicación que se señalan en el texto mismo respecto de una u otra modalidad’.

De conformidad a lo preceptuado en el inciso segundo del artículo 6° de la resolución en comento, la “inscripción en el Grupo 2 del rol de la modalidad de Libre Elección, genera el derecho a recibir una orden de atención por el valor señalado en el arancel aumentado en un 30%, salvo en los casos de consultas o visitas domiciliarias, prestaciones pertenecientes al Grupo 01, subgrupo 01 y, en los cuales correspondería recibir una orden de atención por el valor señalado en el arancel aumentado en un 50%.

El artículo 12 de esta resolución dispone: Los valores señalados para las prestaciones que se consignan en el Grupo 23, prótesis, y en el Grupo 24, traslados, de este arancel, son meramente referenciales para la aplicación del porcentaje de bonificación que corresponda para la modalidad de Libre Elección, el que será de un 50% del valor de cada prestación, y, en su inciso final, establece que el valor de las prótesis que se otorguen en la modalidad de Atención Institucional será el que represente su costo de reposición por el Servicio de Salud”.

iv.- Ley 18.490. En su artículo 25, fija el monto de las indemnizaciones señalando, en su inciso final, que la indemnización de los gastos de atención médica y quirúrgica no puede exceder de los montos que señala la póliza.

Por su parte, el artículo 30 preceptúa que las indemnizaciones previstas en ella se pagarán al beneficiario respectivo dentro del plazo de 10 días siguientes a la presentación de los antecedentes exigidos en sus disposiciones y, entre otros señala, ‘comprobantes que acrediten el valor o precio de la atención, recuperación y rehabilitación médica y dental de cualquier orden, y de la farmacéutica a que haya debido someterse la víctima a consecuencia de las lesiones sufrida’.

v.- Circular N°581, de Enero 4 de 1986, aprueba el modelo de póliza del seguro obligatorio de accidentes personales causados por vehículos motorizado, modificada por Circular N°762, de Diciembre 31 de 1987, ambas circulares de esta Superintendencia.¹⁶⁶

El artículo 1° de esta póliza dispone que en virtud del presente contrato, el asegurador cubre el riesgo de accidentes personales señalado en el Título I de la Ley 18.490, en la forma, montos, términos y modalidades descritas en este instrumento.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 2° de las condiciones generales de la póliza, este seguro garantiza a las personas cubiertas por ella las indemnizaciones que indica, señalando en su letra d): ‘El equivalente de hasta 90 UF por las reales, necesarias y razonables prestaciones de salud por las afecciones que directamente provengan de lesiones cuyo origen sea el accidente de tránsito en que hay participado el vehículo asegurado y siempre que se incurra en dichas

¹⁶⁶ En la actualidad se encuentran derogadas por la Circular N°1462, de Diciembre 28 de 1999.

prestaciones o gastos dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente’.

Por su parte, el inciso segundo de la disposición precedentemente citada establece que el asegurador pagará como única indemnización por este concepto el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado; sin embargo, en ningún caso dicho reembolso podrá exceder por gastos de hospitalización el equivalente a 3 UF por cada día de hospitalización, cualquiera que fuera el costo efectivo de dicha prestación. De igual forma, el reembolso por las otras prestaciones de salud no podrá exceder el valor asignado para la respectiva prestación en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud aumentado en la proporción que corresponda al Grupo 2 del rol de la modalidad de Libre Elección. El reembolso de los gastos farmacéuticos en ningún caso podrá exceder del precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos.

“Del estudio de las disposiciones legales y reglamentarias citadas, tenemos que: La póliza del SOAP es un contrato que obliga a la entidad aseguradora a otorgar cobertura en la forma y términos en él establecidos, y para la determinación de los valores, que en mérito a tal contrato deba indemnizar, tiene como marco contractual el valor señalado en el ‘arancel vigente al momento de otorgarse la prestación, aumentado en la proporción que corresponda al Grupo 2 de la Modalidad de Libre Elección’; y, en el correspondiente arancel se determina el valor correspondiente a ‘prótesis’ asignando a tal prestación un código y valor específico.

Para los efectos del principio indemnizatorio contemplado en la póliza no se ha distinguido el tipo de atención (Institucional o Libre Elección) que se otorgue al beneficiario, y la única referencia a su respecto es la ya citada, esto es, que se

pagará el valor asignado para la respectiva prestación en el arancel aumentado en la proporción que corresponda al Grupo 2 de la Modalidad de Libre Elección, lo que implica que debe, en estos casos, cobrarse el arancel fijado en el artículo 2° de la Resolución 1716, aumentada en un 30%, según lo establecido en el inciso segundo del artículo 6° de la resolución tantas veces citada, salvo que el mismo texto señale restricciones, según lo dispone el artículo 12 d la misma resolución en relación con el inciso primero del citado artículo 12. En este caso, se deberá estar al tipo de atención recibida por la víctima del accidente, esto es, si fue atendido bajo la modalidad Institucional o si lo fue por la de Libre Elección.

Por su parte, el artículo 12 de la Resolución Exenta N°1716, establece en su inciso final que el valor de las prótesis que se otorguen en la Modalidad de Atención Institucional será el que represente su costo de reposición por los Servicios de Salud. En consecuencia, al tenor de las disposiciones legales, reglamentarias y del contrato de seguro obligatorio, a juicio de esta Superintendencia la entidad aseguradora deberá ajustarse a las disposiciones legales y pagar las indemnizaciones que correspondan, teniendo en consideración el tipo de atención recibida por la víctima del accidente de tránsito”.¹⁶⁷

1.3.3 Arbitraje: Caso calificado asume como árbitro la Superintendencia. Oficio N° 360, de 23 de Enero de 1987.

Frente a solicitud presentada ante la Superintendencia para que resuelva controversia entre el asegurado y el asegurador para el pago de las indemnizaciones previstas en la Ley 18.490, aduciendo la existencia de acuerdo entre las partes para que este servicio resuelva con carácter de árbitro arbitrador la dificultad existente; la Superintendencia señala que, si bien el artículo 3° letra i)

del DFL 250, de 1931, otorga a este servicio la facultad de resolver las dificultades que se presenten entre asegurado y asegurador, esa misma disposición le da la facultad para calificar los casos que se le presenten pudiendo rechazarlos si no lo estima como calificado.

Para poder determinar esta circunstancia es necesario que las partes hagan llegar sus antecedentes.¹⁶⁷

1.3.4 Atenciones médicas prestadas con posterioridad a un año no son indemnizables. Oficio N°833, de 18 de Febrero de 1991.

Las prestaciones médicas otorgadas con posterioridad a un año contado a partir del accidente, de acuerdo al artículo 2° letra d) de la póliza, no son indemnizables por cuanto la cobertura del seguro sólo alcanza las atenciones médicas incurridas dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

“Las indemnizaciones establecidas en la póliza del SOAP, no pretenden en caso alguno pagar en su totalidad las atenciones hospitalarias u otros gastos que se prestan o en que deben incurrir las personas lesionadas sino que constituyen sólo un mecanismo de ayuda inmediata que permite, en parte importante, costear los gastos correspondientes a la atención de la víctima de un accidente de tránsito y, es por esta razón, que la Ley 18.490 ... consciente de las limitaciones indemnizatorias, establece que el pago de las indemnizaciones de este seguro será compatible con cualquier otro de naturaleza voluntario que exista para responder por accidentes causados por el mismo vehículo, agregando además, que el derecho que según esta ley corresponde a la víctima o a sus beneficiarios no afectará el que puedan tener, según las normas del derecho común, para perseguir

¹⁶⁷ REVISTA DE SEGUROS N°87, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, de Marzo del año 1990, p. 23 a 26.

¹⁶⁸ REVISTA DE SEGUROS N°74, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1987.

indemnizaciones de perjuicios de quien sea civilmente responsable del accidente, y que los pagos de este seguro obligatorio se harán con preferencia a cualquiera otros a que tenga derecho la víctima o asegurado por otros sistemas de seguro o previsión, los que concurrirán por la parte no pagada y hasta el monto efectivo de dichos gastos.”¹⁶⁹

1.3.5 Basta con que el vehículo se encuentre en circulación para que opere la cobertura. Oficio N°4524, de 4 de Enero de 1992.

“Lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley 18.490 nos dice que el seguro de accidentes personales cubre los riesgos de muerte y lesiones corporales que sufran las personas como consecuencia de accidentes en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas. Este seguro cubrirá tanto al conductor como a las personas que estén siendo transportadas y cualesquier tercero afectado”.

El artículo 6° de la ley en comento preceptúa que el pago de las indemnizaciones se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte o lesiones que éste originó a la víctima.

Por consiguiente, para la existencia de cobertura se requiere:

- Que se produzca muerte o lesiones corporales de una persona;
- Que el sujeto muerto o lesionado sea el conductor, pasajero o cualesquier tercero afectado;
- Que la muerte o las lesiones sean consecuencia de un accidente, “entendiéndose por tal, según jurisprudencia reiterada de nuestros tribunales, lo que sucede por casualidad, o sea, por un simple combinación de circunstancias que no pudieron preverse o evitarse”; y

¹⁶⁹ REVISTA DE SEGUROS N°90, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1990, p. 58

- Que en el accidente haya intervenido el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas.

El artículo 34 de la ley establece que sólo quedan excluidos de cobertura los casos que taxativamente enumera y entre estos menciona, en su letra d), “los ocurridos como consecuencia de guerras, sismos y otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo”. Dicha exclusión no presenta dudas respecto de los ocurridos como consecuencia de guerras y sismos, sin embargo, es necesario un mayor análisis de los ‘otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo’, respecto del cual es necesaria la concurrencia de dos elementos copulativos:

- Que la lesión o muerte haya ocurrido como consecuencia de casos fortuitos distintos de guerras y sismos; y
- Que el accidente sea enteramente extraño a la circulación del vehículo.

El caso fortuito debe serlo respecto del beneficiario o asegurado y no respecto del causante del accidente, ya que el pago se hace sin investigación previa de culpabilidad (artículo 6°), no siéndole oponibles las excepciones que el asegurador pueda alegar en contra del tomador del seguro o contra otros causantes del accidente, pudiendo este asegurador recuperar lo pagado de quien sea civilmente responsable (artículo 10 y 16).¹⁷⁰

1.3.6 Beneficiarios de la indemnización en caso de fallecimiento. Liberación de responsabilidad de la aseguradora en caso de pago a uno de los beneficiarios no presentándose otros de mejor derecho. Oficio N°185, de 14 de Enero de 1997.

y 59.

¹⁷⁰ REVISTA DE SEGUROS N°97, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1992, p.12 y 13.

Reclamo interpuesto por la madre de la víctima fallecida fundado en que la compañía sólo habría extendido cheque por un 50% de la indemnización prevista para este caso, debido a que la compañía reservó, de oficio, el resto de la indemnización al padre de la víctima.

La Superintendencia, conociendo del caso, formuló las siguientes observaciones al criterio sustentado por la entidad aseguradora respecto del monto de la indemnización reservada al padre de la víctima:

- En el inciso final del artículo 6° de la póliza del SOAP se consigna una liberación de responsabilidad para el asegurador que paga indemnización a un beneficiario sin que se hubieran presentado otros de mejor derecho. Dicha disposición tiene por objeto evitar las controversias que puedan producirse en los pagos de las indemnizaciones, "toda vez que no puede una entidad aseguradora efectuar reservas en espera de que dichos beneficiarios se presenten a impetrar el respectivo pago".
- En la situación planteada el padre de la víctima no ha solicitado pago de indemnización, y, si lo hiciera con posterioridad al pago hecho a la beneficiaria reclamante, en mérito de dicho inciso final la compañía queda liberada de responsabilidad.

Por tanto, en opinión de la Superintendencia, en la presente situación corresponde que la indemnización deba ser pagada en su totalidad a la reclamante, en su calidad de madre de la víctima y por haberla solicitado, sin efectuar división alguna.¹⁷¹

1.3.7 Cálculo de indemnización por incapacidad permanente parcial y forma de pago. Oficio N°76 de 13 de Enero de 1992.

Se solicita pronunciamiento de la Superintendencia acerca de materias relativas al cálculo de las indemnizaciones por incapacidad permanente parcial y el descuento de los gastos médicos pagados a hospitales y demás centros de asistenciales, quien informa:

- Por Circular N°1045, de 12 de Diciembre de 1991, esta Superintendencia ha aclarado para todo el mundo asegurador la forma de cálculo de las indemnizaciones por incapacidad permanente parcial, sin perjuicio de ello este Servicio informa la modificación como estrictamente aclaratoria, puesto que con anterioridad (a la dictación de la circular mencionada), atendido el aumento de la cuantía de la indemnización la base de cálculo aplicable siempre es la misma.
- Para el descuento de los gastos médicos pagados respecto de las indemnizaciones que correspondan a la víctima o a sus beneficiarios debe tenerse presente que el artículo 26 de la ley 18.490 sólo autoriza hacer descuentos respecto de aquellos “efectivamente pagados”, por ende no procede ninguna forma de reserva de parte de la indemnización para dichos fines antes de la presentación de los comprobantes que los acrediten.¹⁷²

1.3.8 Carga de la prueba en la obligación de pagar indemnizaciones. Oficio N°3094, de 19 de Julio de 1990.

Se solicita pronunciamiento de la Superintendencia respecto a las dificultades que han surgido en los distintos establecimientos asistenciales que han prestado atenciones a personas lesionadas en accidentes de tránsito y que, al

¹⁷¹ REVISTA DE SEGUROS N°122, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1998, p. 20.

requerir el certificado emitido por Carabineros han constatado que, por la magnitud del accidente, número de personas lesionadas y de vehículos participantes, no se ha dejado expresa constancia del vehículo en el cual viajaban los lesionados, o si éstos eran peatones. Lo anterior ha implicado la imposibilidad de los hospitales de cobrar la indemnización pertinente a una determinada entidad aseguradora, pues ésta se excusa del pago en la no existencia en el certificado de Carabineros del vehículo en el cual viajaban los lesionados.

Al respecto, señala la Superintendencia que, para poder abordar el problema planteado es necesario analizar la cobertura que contempla este seguro obligatorio y quien es el obligado al pago de las indemnizaciones que este contrato contempla.

i. Cobertura.

a- el artículo 24 de la Ley 18.490 dispone: “El seguro obligatorio de accidentes personales cubre los riesgos de muerte y lesiones corporales que sufran las personas como consecuencia de accidentes en que intervengan el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas.”

“Este seguro cubrirá tanto al conductor del vehículo como a las personas que estén siendo transportadas en él y cualesquier tercero afectado.”

b- Por su parte, la póliza, aprobada por Circular N°581, en su artículo 1° repite dicha cobertura, al señalar en su inciso segundo, que “quedan amparados por este seguro quien conduzca el vehículo asegurado al momento de producirse el accidente en que éste participe; las personas que estén siendo transportadas en él y cualesquier tercero lesionado a consecuencia de dicho accidente.”

c- Al tenor de las disposiciones citadas, se encuentra cubiertas por este seguro:

¹⁷² REVISTA DE SEGUROS N°94, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1991, Santiago, p.

- El conductor del vehículo asegurado;
 - Las personas que estén siendo transportadas en él; y
 - Cualesquier tercero afectado.
- d- Sólo quedan excluidos de cobertura los casos de muerte o de lesiones contempladas en el artículo 34 de la Ley y 5° de la póliza
- ii. Persona obligada a pagar las indemnizaciones es el asegurador.
- a- La compañía aseguradora del respectivo vehículo está obligada a pagar las indemnizaciones por muerte o lesiones corporales que sufran las personas cubiertas por este segur, ya sea que estén siendo transportadas por el vehículo asegurado o sean terceros afectados distintos de los transportados.
- b- Sin embargo, si se trata de un accidente de tránsito en que participen dos o más vehículos, el artículo 12 de la ley (4° de la póliza) establece que cada entidad aseguradora será responsable de las indemnizaciones correspondientes a las personas transportadas y, en caso de peatones o personas no transportadas, todos los aseguradores intervinientes son solidariamente responsables de la indemnizaciones que correspondan a dichas personas o a sus beneficiarios, sin perjuicio de que, en definitiva, el pago debe ser financiado entre dichos aseguradores por partes iguales.
- c- Queda claro que cada asegurador es responsable del pago de las indemnizaciones a las víctimas transportadas por el vehículo por ella asegurado y, los terceros afectados que no eran transportados por dichos vehículos, tienen acción para exigir el pago de cualquiera de las aseguradoras intervinientes ya que éstas, por mandato legal, son solidariamente responsables.

- d- Cabe preguntarse qué ocurre, desde el punto de vista de este seguro, si alguno de los vehículos intervinientes en el accidente no se encuentra asegurado con la póliza que exige esta ley y mueren o quedan lesionados su conductor o pasajeros.

Para responder esta pregunta hay que tener en consideración que la Ley 18.490 exige que todo vehículo motorizado que requiera de un permiso de circulación para transitar por las vías públicas, deberá estar asegurado contra el riesgo de accidentes personales a que se refiere esta ley. Se excepcionan de esta exigencia los vehículos de transporte y otros respecto de los cuales se apliquen normas sobre seguros en virtud de convenios internacionales y los vehículos motorizados, con matrícula extranjera, que ingresen provisoria o temporalmente al país (artículo 1°).

Si los propietarios no cumplen con la obligación incurre en infracción a la ley de tránsito y puede ser sancionado por ello. Del mismo modo, si un vehículo con matrícula extranjera interviene en un accidente, Carabineros debe retirarle los documentos de ingreso para ponerlo a disposición del tribunal competente.

Si en un accidente de tránsito resulta afectada alguna de las personas transportadas por uno de estos vehículos que circulan sin SOAP, ellas tendrán la calidad de terceros afectados y, por lo tanto, estarán cubiertas por el que ampare a los otros vehículos intervinientes. En este último caso, todos los aseguradores de los vehículos intervinientes serán solidariamente responsables, los que en virtud del artículo 16 de la Ley 18.490 podrán recuperar lo pagado de quien sea civilmente responsables, salvo que éste

fuere el tomador del seguro, quien sólo será responsable cuando el accidente lo hubiese producido dolosamente.

iii. Carga de la prueba para efectos del pago.

El artículo 1698 del Código Civil establece que incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquellas o estas y, el artículo 6° de la Ley 18.490 señala que el pago de las correspondientes indemnizaciones se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte o lesiones que éste originó a las víctimas, agregando el artículo 30 de la misma ley que dichas indemnizaciones se pagarán al beneficiario respectivo dentro de los 10 días siguientes a la presentación de los antecedentes que se indican, con los cuales se acreditan las circunstancias del accidente y los efectos de éste en sus víctimas.

“En consideración a lo anterior y a lo expuesto en las normas precedentes, las víctimas de un accidente de tránsito tienen acción para perseguir el pago de las indemnizaciones que establece este seguro obligatorio de accidentes personales de las compañías aseguradoras de los respectivos vehículos intervinientes, pero si alguno de ellos no se encuentra asegurado o se ignora cual es la compañía aseguradora de uno de ellos podrán requerir el pago de cualquiera de los otros, los que sólo se podrán excepcionar en los casos previstos en el artículo 12, acreditando la existencia de los seguros, que hasta ese momento se desconocían.”¹⁷³

1.3.9 Certificado de Carabineros como requisito para el pago de las indemnizaciones. Oficio N°4236, de 11 de Noviembre de 1991.

Señala la Superintendencia que, atendido lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 18.490 y los artículos 6° y 7° de la póliza de materia, las compañías aseguradoras sólo se encuentran obligadas a pagar las indemnizaciones establecidas en dichas fuentes normativas una vez que se acredite fehacientemente que el afectado ha sido víctima de un accidente de tránsito y que la incapacidad o muerte que sufra sean consecuencia directa de dicho evento.

De esta forma, para efectos de la cobertura de materia el requisito de contar con certificado de Carabineros de Chile no puede obviarse sin el consentimiento de la entidad aseguradora supuestamente obligada, pues en dicho certificado se consignan los datos del accidente de acuerdo al parte enviado al tribunal competente.¹⁷⁴

1.3.10 **Cobertura en caso de lesiones causadas por piedras arrojadas por desconocidos al vehículo motorizado. Oficio N°3896, de 21 de Julio de 1997.**

Presentado reclamo interpuesto por rechazo de la compañía al pago de indemnizaciones correspondientes a la víctima por lesiones sufridas al ser impactada por piedras arrojadas por desconocidos al vehículo en que viajaba; la compañía argumentó que, de conformidad al N°4 del artículo 34 de la Ley 18.490, este caso se encuentra excluido de cobertura, por tratarse de un caso fortuito enteramente extraño a la circulación del vehículo.

Al respecto, en opinión de este órgano fiscalizador, es necesario efectuar las siguientes observaciones:

i- De acuerdo a lo establecido en el artículo 24 de la ley del SOAP, este seguro cubre el riesgo de muerte y de lesiones corporales que sufran las personas como

¹⁷³ REVISTA DE SEGUROS N°88, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1990, p. 51 a 54.

consecuencia de accidentes en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas; cubriendo tanto al conductor del vehículo como a las personas que estén siendo transportadas en él y a cualquier tercero afectado.

ii- El artículo 6° de la ley dispone que el pago de las indemnizaciones se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte o de lesiones que éste originó a la víctima.

iii- Por su parte, mediante Circular N°581 de 4 de Enero de 1986 que aprobó el modelo de póliza del SOAP, en su artículo 1° se remite en todo lo referente a su cobertura al artículo 24 de la Ley 18.490.

iv- De esta forma, para la existencia de cobertura es necesario:

1. Que se produzca muerte o lesiones corporales de una persona;
2. Que esa persona muerta o lesionada sea conductor, pasajero o cualquier tercero afectado por el accidente en que intervino el vehículo asegurado;
3. Que la muerte o las lesiones sean consecuencia de un accidente, entendiéndose por tal, de acuerdo a la jurisprudencia de nuestros tribunales a aquel evento imprevisto, repentino, externo e involuntario a quien lo sufre; y,
4. Que en el accidente haya intervenido el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas.

v- El artículo 34 de la ley dispone que solamente están excluidos de cobertura los casos que taxativamente enumera, señalando en su letra d) "los ocurridos como consecuencia de guerras, sismos y otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo".

¹⁷⁴ REVISTA DE SEGUROS N°93, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1991, p. 30.

Así, para que opere la exclusión de casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo, es preciso que concurren dos elementos copulativos:

1. Que la lesión o muerte haya ocurrido como consecuencia de otros casos fortuitos distintos a la guerra y a un sismo; y,
2. Que el accidente sea 'enteramente extraño a la circulación del vehículo'.

En el caso recurrido, este accidente obviamente no reúne tales características pues el vehículo se encontraba en circulación por vías públicas.

vi- De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 20 del Código Civil, 'las palabras de la ley se entenderán en su sentido natural y obvio, según el uso general de las mismas palabras, pero cuando el legislador las haya definido expresamente para ciertas materias, se les dará en éstos su significado legal'.

En la Ley 18.490 el legislador no ha definido lo que se entiende por accidente, como consecuencia de lo anterior, para la procedencia de la cobertura de este seguro se requieren sólo los presupuestos ya señalados.

vii- Según lo dispuesto en la letra a) del artículo 4° del DFL 251, de 1931, corresponde a la Superintendencia interpretar administrativamente, en materia de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; y, fijar normas, impartir instrucciones y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

"De esta forma, y en cumplimiento de las normas legales, este órgano fiscalizador en reiteradas ocasiones ha sostenido que el tipo de accidente como el del presente oficio se encuentra cubierto por el SOAP, procediendo, en este caso, en consecuencia, el pago de la indemnización que al efecto corresponda."¹⁷⁵

¹⁷⁵ REVISTA DE SEGUROS N°122, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1998, p. 25 y 26.

1.3.11 Cobro simultáneo de prestaciones médicas e indemnización por fallecimiento del accidentado. Oficio N°1347, de 2 de Abril de 1996.

Presentado reclamo por el Director del un Hospital por cuanto, pese a haberse acompañado facturas por las atenciones prestadas a la víctima con anterioridad al pago de la indemnización por su fallecimiento, la compañía se negó al pago señalando que, por haber pagado el monto máximo de indemnización contemplado en la ley, su obligación se había extinguido; la Superintendencia formula las siguientes observaciones:

1. Consta del certificado de Carabineros que con fecha 10 de Noviembre de 1995 la víctima experimentó lesiones graves y daños en una colisión y que fue trasladada al hospital reclamante.
2. Consta del certificado de defunción que la víctima falleció, a consecuencia de las lesiones sufridas, el día 23 de Noviembre del año ya citado.
3. Los documentos señalados fueron presentados a la compañía por el cónyuge de la víctima y también por el hospital.
4. El hecho de haber recepcionado la factura del hospital con anterioridad al pago de la indemnización reclamada por el cónyuge, implica que no se ha dado cabal cumplimiento a lo establecido en e inciso segundo del artículo 26 de la Ley 18.490 en relación al inciso segundo del artículo 3° de la póliza respectiva.

En el presente caso es aplicable en todas sus partes lo establecido en el artículo 3° de la póliza, ya que la disposición señala en forma imperativa que "las sumas pagadas por el asegurador por concepto de gastos de hospitalización, de atención médica, quirúrgica o farmacéutica, se deducirán de la indemnización que deba pagarse en caso de muerte o de incapacidad permanente total del accidentado."

En opinión de este servicio, tampoco correspondería la aplicación de lo establecido en el inciso final del artículo 6° de las condiciones generales de la póliza, toda vez que se refiere exclusivamente a los beneficiarios enumerados en la citada disposición y en caso alguno puede estimarse que el hospital, que prestó las atenciones a la víctima, es un beneficiario; de esta forma la entidad aseguradora debió someter a tramitación la factura recibida, no siendo procedente su devolución aduciendo que la indemnización por fallecimiento se encuentra pagada, circunstancia que realizó días después de la fecha de devolución de la factura.¹⁷⁶

1.3.12 Compatibilidad del SOAP con otros sistemas de seguridad. Oficio N°4679, de 23 de Octubre de 1991.

Esta Superintendencia informa que "las indemnizaciones establecidas en el seguro obligatorio de accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados es compatible con cualesquiera otra clase de seguros de naturaleza voluntaria que existan para responder por accidentes causados por el mismo vehículo y su pago no afecta el derecho común para perseguir indemnización de perjuicios de quien sea civilmente responsable del accidente, según lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la ley."

"No obstante lo anterior, y en consideración a que el menor experimentó el accidente en el trayecto del colegio a su casa, se encuentra además, amparado por el seguro escolar establecido la Ley 16.744, publicada en el Diario Oficial con fecha 1° de Febrero de 1968, cuyo control se encuentra a cargo de la Superintendencia de Seguridad Social y del Ministerio del Trabajo." El artículo 3° de la ley en comento preceptua que se encuentran protegidos todos los estudiantes, de establecimientos fiscales o particulares, por los accidentes que sufran con

¹⁷⁶ REVISTA DE SEGUROS N°123, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1999., p. 13 y

ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica profesional. Con fecha 27 de Febrero de 1972, mediante Decreto N°313, publicado en el Diario Oficial con fecha 12 de Mayo de 1973, se aprobó el Reglamento sobre Seguridad Escolar contemplado en el artículo 3° de la Ley 16.744.

En consecuencia, de acuerdo a las disposiciones legales citadas, las lesiones sufridas en el accidente de tránsito se encuentran cubiertas por el SOAP y, en lo que exceda el monto de las indemnizaciones que al efecto procedan, por el seguro escolar.¹⁷⁷

1.3.13 **Comprobación de las prestaciones médico hospitalarias y farmacéuticas. Oficio N°2506, de 24 de Junio de 1993.**

No obran en términos legales ni arbitrarios las entidades aseguradoras cuando, en uso de sus facultades, comprueban si los gastos por las prestaciones médico hospitalarias y farmacéuticas son necesarias, reales y efectivas.

En el caso objeto del reclamo la compañía aseguradora señaló que en la liquidación y pago del siniestro detectaron ciertas incongruencias en relación a las prestaciones y montos solicitados a reembolsar. A raíz de ello determinó, previo informe de médicos, que algunos de estos reembolsos eran improcedentes dado que las prestaciones que los originaban no correspondían a la naturaleza de las lesiones.¹⁷⁸

1.3.14 **Convenios internacionales sobre seguros. Oficio N°4669, de 16 de Diciembre de 1988.**

Se solicita a la Superintendencia que se pronuncie sobre la interpretación que debe darse al inciso segundo del artículo 1° de la ley 18.490 en relación con la

14.

¹⁷⁷ REVISTA DE SEGUROS N°93, , Santiago Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1991, p. 31 a 33.

obligación restablecida en el artículo 15 del DS N°576, de 1983, del Ministerio de Relaciones Exteriores que promulgó el Convenio de Transporte Internacional Terrestre y sus Anexos.

Previo a pronunciarse el servicio estima oportuno tener presente lo prescrito por los artículos mencionados. El señalado artículo 15 del DS N°576 impone a los empresarios de vehículos extranjeros que ingresen al país en viajes de circuito cerrado la obligación de contratar un seguro de responsabilidad extracontractual, que debe ser cubierto por los aseguradores de cada país por cuyo territorio circule el vehículo.

Por su parte, el inciso segundo del artículo 1° de la Ley 18.490 libera a los vehículos de transporte y otros respecto de los cuales se apliquen normas sobre seguros en virtud de convenios internacionales de la obligación de contratar los seguros referidos en su inciso primero.

Del análisis de estas disposiciones se concluye que los empresarios de vehículos extranjeros que ingresen al territorio nacional en viaje no están obligados a contratar los seguros establecidos en la Ley 18.490 en la medida que se apliquen a sus vehículos las normas de seguros en virtud de convenios internacionales, a quienes sólo les afectará el DS N°576.¹⁷⁹

1.3.15 **Culpabilidad, antecedentes para el pago de las indemnizaciones, cobro de estos por Servicios de Salud y examen del médico de la compañía. Oficio N°2040, de 14 de Junio de 1988.**

Frente a consulta de la Subsecretaría de Salud de fecha 29 de Marzo de 1988 la Superintendencia informa:

¹⁷⁸ REVISTA DE SEGUROS N°99, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1993, p. 15.

¹⁷⁹ REVISTA DE SEGUROS N°81, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1988, Santiago, p. 32.

- La ley 18.490 dispone que el pago de las indemnizaciones del SOAP se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de lesiones o muerte que éste originó a la víctima, y que estas indemnizaciones se pagarán al beneficiario respectivo dentro del plazo de los 10 días siguientes a la presentación de los antecedentes que establece el artículo 30 de la misma ley. Por otra parte, el artículo 10 del citado cuerpo legal dispone que tanto las víctimas como sus beneficiarios tienen acción contra la compañía de seguros, no siéndoles oponibles las excepciones que ésta pueda alegar contra el tomador del seguro que se basen en hechos o circunstancias imputables a este último.

En consideración a lo anterior las aseguradoras no se pueden excepcionar, rechazando la facturación de los Servicios de Salud, toda vez que la legislación que los regula es clara a este respecto y su incumplimiento debe ser motivo de una sanción.

- Con respecto al contenido de los antecedentes exigidos para el pago de las indemnizaciones, ellos están señalados en el mismo artículo 30 de la ley, el que debe relacionarse con el artículo 24 y con las disposiciones de la póliza en el siguiente sentido:

1- Certificado de Carabineros, debe consignar los datos del accidente de tránsito de acuerdo al parte enviado al tribunal competente; con lo cual se puede determinar la existencia de un accidente cubierto por este seguro y las circunstancias de su ocurrencia.

2- Certificado de incapacidad, debe acreditar la naturaleza y grado de ella; con lo cual se puede determinar si ésta es temporal o permanente, total o parcial, regulando la procedencia y monto de las indemnizaciones por este concepto.

3- Comprobantes que acrediten el valor o precio de la atención, recuperación y rehabilitación médica y dental de cualquier orden, y de la farmacéutica a que haya debido someterse la víctima como consecuencia de las lesiones sufridas.

Las facturas que emiten los Servicios de Salud deben detallar las exigencias señaladas por la ley y la póliza o, en su defecto, encontrarse respaldadas por éstos, para que el asegurador pueda apreciar los límites o toques para cada una de las prestaciones y ver que tengan relación con el accidente cubierto.

- En cuanto al cobro de las indemnizaciones por parte de los Servicios de Salud: Éstos pueden actuar como cesionarios de los derechos de las víctimas, en el evento de la existencia de tal cesión, o bien directamente como Servicio de Salud en la forma prevista en el inciso segundo del artículo 32 de la ley. En el segundo caso la compañía tiene la facultad de pagar directamente a la víctima o al servicio que entregó la prestación, pero no puede excepcionarse de pagar a uno o al otro aduciendo dicha facultad si no cumple efectivamente respecto de uno de ellos con su obligación de pago.

- La exigencia que fomentan algunas compañías de firmar finiquitos o que celebren una transacción para efectuar el pago, la firma de ellos no puede oponerse como una excepción para retardar el pago más allá de los plazos establecidos en la ley, más aún cuando una vez efectuados pueden presentarse nuevos requerimientos de prestaciones de salud derivadas del mismo accidente que deben ser indemnizadas hasta completar los toques máximos establecidos.

- De acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la póliza la compañía siempre tiene derecho a examinar a la persona accidentada por intermedio de facultativo que al efecto designe.¹⁸⁰

1.3.16 Determinación de las lesiones: Carabineros no tiene mérito para calificar las lesiones si por otros medios se acredita la responsabilidad. Oficio N°4970, de 22 de Noviembre de 1990.

El “Certificado de Carabineros no tiene mérito para calificar las lesiones, por lo cual la compañía no puede excusarse en el hecho en que en éste se hubiese determinado que no hubo lesionados, si por otros medios se acredita la responsabilidad”.¹⁸¹

1.3.17 Discrepancia en el grado de incapacidad. Oficio N°830, de 18 de Febrero de 1991.

Este servicio informa que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° de la póliza del SOAP, procede que la discrepancia existente respecto al grado de incapacidad permanente parcial que sufre el reclamante sea sometida, por la compañía aseguradora, al conocimiento y resolución de la Comisión de Medicina Preventiva o Invalidez correspondiente al domicilio del afectado, y una vez adoptada su resolución se informe pormenorizadamente a esta Superintendencia, acompañando los antecedentes pertinentes.¹⁸²

1.3.18 Duplicidad de pólizas. Ejercicio de acciones judiciales tendientes a obtener la nulidad. Oficio N°3652, de 9 de Julio de 1997.

¹⁸⁰ REVISTA DE SEGUROS N°80, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1988, Santiago, p. 35 y 36.

¹⁸¹ REVISTA DE SEGUROS N°89, Santiago Superintendencia de Valores y Seguros Septiembre del año 1990, , SIVS. p. 20.

¹⁸² REVISTA DE SEGUROS N°84, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1990. Santiago, p. 58.

Por expresa aplicación de las normas contenidas en los artículo 5° y 17 de la Ley 18.490, no basta que exista duplicidad de pólizas para eximirse de la obligación de indemnizar si no existe gestión judicial alguna ni obtención de sentencia judicial ejecutoriada que declare la nulidad de un póliza.

"En consecuencia, si esa entidad no ha ejercitado las acciones judiciales respectivas que ordena la Ley 18.490 y, de conformidad a lo establecido en el artículo 5° de la norma citada, no se ha obtenido sentencia judicial ejecutoriada que declare la nulidad respectiva, debe proceder a pagar las correspondientes indemnizaciones."¹⁸³

1.3.19 Evaluación de Incapacidad e Indemnización. Oficio N°2623, de 14 de Junio de 1995.

En relación a reclamo interpuesto en contra de una compañía de seguros de vida, esta Superintendencia cumple con manifestarle lo siguiente:

Requerida de información la aseguradora expresó que, en base al informe del médico y de acuerdo a la tabla correspondiente que tarifica el menoscabo del aparato visual, contenido en las “Normas para la Evaluación y la Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Previsional”, establecida por el DL 3500 de 1980, el médico contralor de la entidad aseguradora estableció que el menoscabo sufrido por el accidentado alcanzaba al 18% , por lo que no ameritaba el beneficio de invalidez solicitado. Agrega la aseguradora que, a la fecha se ha cancelado factura del Hospital JJ Aguirre por un valor de 10,29 UF por prestaciones otorgadas al accidentado y que con posterioridad a ello no se ha recepcionado en la compañía ningún antecedente ni documentos que acrediten

¹⁸³ REVISTA DE SEGUROS N°122, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1998, p. 23.

cambios en el estado de salud, así como tampoco gastos médicos generados por este siniestro.

La Superintendencia teniendo a la vista los antecedentes presentados por la compañía y habiendo verificado si había lugar a la indemnización basándose en el certificado del médico tratante, que establecía que la visión del ojo derecho es cero y la del ojo izquierdo es de 0.8, estableció que conforme a las normas para la evaluación del grado de invalidez ello corresponde a un 25% de incapacidad y, al tenor de lo dispuesto en el artículo 27, inciso segundo, de la Ley 18.490, no da lugar a indemnización por incapacidad permanente parcial, pues se requiere de una incapacidad igual o superior a un 30%; por lo tanto, estima que la negativa de la entidad aseguradora a acoger el beneficio de invalidez solicitado se ajusta a las normas legales y a las condiciones establecidas en la póliza del SOAP.¹⁸⁴

1.3.20 **Evento extraño a la circulación del vehículo. Oficio N°4026, de 26 de Septiembre de 1991.**

"La compañía no obra en forma arbitraria en su determinación de no pagar, toda vez que las circunstancias en que aconteció no son propios de la circulación del vehículo, la cual es objeto de la cobertura de materia". En la especie el accidente tiene como origen maniobras propias de la reparación de un vehículo que se encuentra detenido, sin que a su vez interviniera otro.¹⁸⁵

1.3.21 **Exclusión: Caso fortuito enteramente extraño a la circulación. Oficio N°449, de 30 de Enero de 1995.**

"Las exclusiones son de derecho estricto y de consiguiente, no pueden aplicarse por analogía. De esta forma, para que opere la exclusión del caso fortuito

¹⁸⁴ REVISTA DE SEGUROS N°108, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1995. p. 16.

se requiere expresamente que éste sea 'enteramente extraño a la circulación del vehículo.'" En el caso objeto del presente reclamo, no es dable sostener que un desperfecto mecánico, cambio de neumático realizado a un costado de la carretera, se enteramente extraño a la circulación del vehículo.¹⁸⁶

1.3.22 **Exclusión de la letra c) del artículo 34. Oficio N°1108, de 22 de Marzo de 1990.**

Presentado reclamo en contra de una aseguradora, fundado en la negativa de ésta de pagar indemnización por el fallecimiento de la víctima a consecuencia de lesiones experimentadas al ser arrollado por la rueda trasera de un tractor que realizaba labores agrícolas, la Superintendencia, previo a resolver, solicitó a la reclamada que informara las razones de dicha negativa, respondiendo la aludida lo siguiente:

1. En la denuncia del accidente se señalaba que el tractor efectuaba labores agrícolas y que, a consecuencia de la topografía del terreno, el menor resbaló siendo atropellado por la rueda trasera, falleciendo en el trayecto al hospital.
2. El tractor se encontraba realizando labores agrícolas en un predio particular.
3. En virtud de lo señalado en los puntos anteriores, se colige que el accidente ocurrió en un lugar que no es de libre acceso al público y, de conformidad a lo preceptuado en el artículo 34 letra c) de la Ley 18.490, constituye un caso de excepción.

¹⁸⁵ REVISTA DE SEGUROS N°93, Santiago Superintendencia de Valores y Seguros Septiembre del año 1991., p. 29.

¹⁸⁶ REVISTA DE SEGUROS N°107, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1995., p. 15 y 16.

Teniendo estos antecedentes a la vista este servicio resuelve que, acogiendo lo planteado por la compañía, la causal invocada por ésta se ajusta a las normas legales vigentes, constituyendo un caso de excepción.¹⁸⁷

1.3.23 Exclusiones: Caso fortuito enteramente extraño a la circulación del vehículo. Letra d) del artículo 34 de la ley 18.490. Oficio N°2345, de 5 de Julio de 1989.

Frente a reclamo interpuesto por el conductor de un vehículo que resultó lesionado, junto a sus transportados, en contra de la compañía aseguradora que se excusó del pago de las indemnizaciones. La Superintendencia solicitó a la entidad aseguradora que informara los motivos de esta decisión. Ésta en su respuesta señala que según el significado de las palabras “accidente, “tránsito” y “circulación” debe entenderse por accidente de tránsito aquel que ocurre y resulta de la acción de transitar o de circular por las vías públicas y no se puede extender el concepto a los casos en que la causa del accidente es ajena a la circulación, porque las posibilidades de riesgos distintos a los de circulación pero que se presentan ocasionalmente durante ella son infinitos. Agrega que el legislador en ningún caso deja entrever una intención de aplicar la ley a todo tipo de accidentes ocurridos durante la circulación cuyas causas sean ajenas a ella y que la Ley 18.490 precisa su alcance al señalar en su suma que “establece seguro obligatorio de accidentes personales *causado por la circulación* de vehículos” y en su título preliminar incluye como subtítulo “Del seguro obligatorio de accidentes *causados por vehículos* motorizados”; los beneficios de la Ley 18.490 no se extienden a aquellos accidentes que tienen por causa una circunstancia ajena o “enteramente extraña” a la circulación del vehículo. En consecuencia, la caída de un árbol

¹⁸⁷ REVISTA DE SEGUROS N°87, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1990., p. 21.

derribado sobre un automóvil (como sucede en el caso) causando la muerte de uno de los ocupantes no constituye un accidente causado por el vehículo ni resultado de su circulación.

La Superintendencia señala que para analizar si el siniestro se encuentra entre aquellos amparados por el SOAP hay que tener en cuenta la cobertura que éste tiene y las exclusiones que la ley establece:

- Cobertura:

1. El artículo 24 de la ley citada establece la cobertura.
2. La Circular 581 (derogada en la actualidad por la 1462) aprobó el modelo de póliza, remitiéndose en su artículo 1° a la cobertura señalada en el Título I de la Ley 18.490 en la forma, montos, términos y modalidades descritos en la póliza.
3. Por consiguiente para que haya cobertura se requiere:
 - . Que se produzca la muerte o lesión corporal de una persona.
 - . Que el muerto o lesionado sea conductor, pasajero o cualquier tercero afectado.
 - . Que la muerte o lesiones sean la consecuencia de un accidente, “entendiéndose por tal, según la jurisprudencia de los tribunales, a lo que sucede por la causalidad, o sea, por una simple combinación de circunstancias que no pueden preverse ni evitarse”.
 - . Que en el accidente haya intervenido el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas

- Exclusiones:

El artículo 34 de la ley en cuestión establece que sólo quedan excluidos de cobertura los casos que éste taxativamente enumera y entre éstos menciona, en su letra d), los ocurridos como consecuencia de guerras, sismos y otros casos fortuitos

enteramente extraños a la circulación del vehículo. Para que este último caso se produzca es necesaria la concurrencia de dos requisitos copulativos:

1° Que la lesión o muerte ocurra como consecuencia de otros casos fortuitos distintos de guerra o sismo; y,

2° Que el accidente sea enteramente extraño a la circulación del vehículo.

El caso fortuito debe serlo respecto del beneficiario o del asegurado y no respecto del causante del accidente, ya que el pago de la indemnización debe hacerse sin investigación previa de culpabilidad (artículo 6°), no siéndole oponibles las excepciones que el asegurador pudiera alegar en contra del tomador del seguro (artículo 10) o de otros causantes del accidente.

En relación al caso analizado se puede concluir lo siguiente:

1. Que el conductor y pasajeros del vehículo asegurado han sufrido lesiones, falleciendo posteriormente uno como consecuencia de un accidente en que intervino el vehículo asegurado. Situación dentro de las previstas en el artículo 24.
2. Que las lesiones y muerte se debieron efectivamente a caso fortuito para el conductor y sus pasajeros.
3. Que la caída del árbol sobre el vehículo en circulación constituye un accidente producido por caso fortuito “al igual que la mayoría de los accidentes que afectan a los conductores responsables y diligentes que se ven afectados por imprevistos que no son posibles de resistir, que la mayoría de las veces no se producirían si el vehículo no se hubiera encontrado en circulación”.

4. Que este caso fortuito no es enteramente extraño a la circulación del vehículo, como los que pueden ocurrir cuando éste se encuentra estacionado, por ello el siniestro se encuentra bajo cobertura.¹⁸⁸

1.3.24 **Exclusiones: No es un caso de exclusión el hecho del sobreseimiento de una causa. Oficio N°5032, de 11 de Diciembre de 1992.**

Ante la negativa de una entidad aseguradora se niega al pago de indemnización por la muerte de un peatón señalando que ella no procede por haberse sobreseido temporalmente la causa seguida a raíz de la muerte de la víctima, por no haberse acreditado que fue consecuencia de un homicidio o cuasidelito de homicidio y no haberse establecido que lo hubiese provocado un accidente de tránsito, la parte afectada por esta decisión presentó reclamo.

La Superintendencia, conociendo del caso y analizados los antecedentes reunidos llega a la conclusión que la compañía no se ajusta a la normativa legal, por las razones que se expresan:

- a- Del sobreseimiento al cual se hace referencia no es posible inferir que concurra alguna de las exclusiones de responsabilidad contemplada en el artículo 34 de la Ley 18.490 y en especial el suicidio. Esta resolución judicial sólo da cuenta de la ausencia de méritos para imputar culpa o dolo de terceros en la muerte de la víctima.
- b- Consta fehacientemente del parte policial, la circunstancia de haber sido atropellada la víctima por el vehículo asegurado, cuando este circulaba en la “intersección de las calles Principales y Costanera”.
- c- Atendido lo dispuesto en el artículo 6° de la Ley 18.490 el pago de las correspondientes indemnizaciones se deben hacer sin investigación previa de

¹⁸⁸ REVISTA DE SEGUROS N°84, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1989. Santiago, SIVS. p.

culpabilidad, bastando acreditar el accidente y sus consecuencias de muerte y lesiones que éste originó en la víctima.¹⁸⁹

1.3.25 **Extensión de la exclusión de la letra d) del artículo 34 de la Ley 18.490: Muerte accidental. Oficio N°2791, de 14 de Julio de 1993.**

Se presenta reclamo en contra de una asegurado que negó el pago de las indemnizaciones por los gastos médico hospitalarios solicitados por el Director de la Asistencia Pública, fundando tal determinación en que, de acuerdo al informe del liquidador, no correspondía pagar en virtud de lo establecido en los artículos 24 de la ley y 6° letra b) de la póliza, pues la víctima perdió el equilibrio cayendo desde el vehículo asegurado de espaldas al pavimento llevando cuatro bolsas en la mano, habiendo así operado, en la especie, la exclusión contemplada en el artículo 34 letra d) de la Ley 18.490: Otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo”

Analizados los antecedentes reunidos la Superintendencia estima que la interpretación y extensión que la compañía pretende dar a dicha exclusión no corresponde al sentido y alcance de la disposición.

En el caso materia de este reclamo se encuentra establecido que la accidentada cayó hacia el pavimento desde la pisadera del bus asegurado, una vez que el conductor abrió las puertas delanteras; agrega el parte policial que ella no pudo evitar la caída debido a que en ambas manos portaba paquetes de mercaderías. “A este respecto pretender considerar que la circunstancia de tener las manos ocupadas que impidan evitar la caída sea extraño a la circulación del vehículo es impropio, ya que significa agregar condiciones extrañas a la exclusión,

47 a 49.

¹⁸⁹ REVISTA de Seguros de la Superintendencia de Valores y Seguros N°97, Diciembre del año 1997, Santiago, p. 16.

como sería que las víctimas hubiese estado en condiciones de evitar el siniestro”.¹⁹⁰

1.3.26 Exigencia de posesión efectiva para el cobro de indemnizaciones es improcedente si existen otros documentos que acrediten la calidad de herederos. Oficio N°375, de 2 de Febrero de 1989.

Se solicita a la Superintendencia se pronuncie acerca de la procedencia de la exigencia formulada por un liquidador oficial de seguros de obtener la posesión efectiva de la herencia del fallecido en accidente de tránsito para que los hermanos del mismo, en su calidad de únicos herederos, tengan derecho al pago de la indemnización del seguro de la Ley 18.490.

Este servicio en respuesta a la solicitud planteada informa que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 31 de la ley del SOAP, en caso de muerte son beneficiarios del seguro el cónyuge sobreviviente, los hijos menores y mayores de edad, legítimos naturales o adoptivos, los padres legítimos o naturales y la madre de los hijos naturales de la víctima; y que, a falta de estas personas, la indemnización corresponde a quien acredite la calidad de heredero.

La calidad de heredero puede acreditarse mediante la exhibición de resolución que conceda la posesión efectiva de los bienes del causante, pero teniendo presente que el N°2 del artículo 30 de la ley señala que en caso de muerte la indemnización del seguro se pagará a sus beneficiarios dentro del plazo de 10 días desde la presentación del certificado de defunción, libreta de familia, certificado de nacimiento, de matrimonio u “otros documentos que acrediten legalmente la calidad de beneficiario del seguro”, esta Superintendencia no divisa inconveniente para que se tenga por acreditada la calidad de heredero mediante

¹⁹⁰ REVISTA DE SEGUROS N°100, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1993., p. 28.

otro documento que no sea el auto de posesión efectiva, siempre que con anterioridad no se hubieran presentado beneficiarios de mejor derecho.¹⁹¹

1.3.27 **Falta de denuncia a Carabineros y omisión del número de póliza en el certificado de Carabineros: No exime del pago de indemnización. Oficio N°2567, de 10 de Junio de 1991.**

Presentado reclamo ante la Superintendencia por la negativa de la compañía a reembolsar los gastos médicos ocasionados por accidente de tránsito en que intervino un vehículo por ella asegurado; la entidad aseguradora argumentó que no se habrían denunciado los siniestros por parte de los propietarios o conductor de los vehículos o que en el certificado de Carabineros no se indicó el número de la póliza respectiva.

Ante esta situación este organismo hace presente que la inobservancia de la obligación de denunciar el siniestro, contemplado en el artículo 8° de la Ley 18.490 y artículo 13 letra e) de la póliza, no autoriza a la entidad aseguradora para rechazar el pago del siniestro. Como ya se ha pronunciado este servicio, el incumplimiento del propietario o del conductor del vehículo asegurado de cualquiera de las obligaciones señaladas en el artículo 13 de la póliza sólo faculta al asegurador para solicitar judicialmente el término anticipado del contrato y la indemnización de perjuicios, no contemplándose otra consecuencia para el caso de extemporiedad del aviso.

Por otra parte, la inclusión del número de la póliza en el certificado de Carabineros no constituye un requisito para la validez del mismo, atendido lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley del SOAP.¹⁹²

¹⁹¹ REVISTA DE SEGUROS N°82, Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1988, p. 57.

¹⁹² REVISTA DE SEGUROS N°91, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1991, Santiago, p. 49.

1.3.28 **Falta de denuncia y pago del siniestro. Oficio N°2239, de 28 de Junio de 1988.**

En relación a lo manifestado por la compañía en cuanto a las razones para denegar el pago del siniestro la Superintendencia informa que el incumplimiento del plazo establecido en la letra e) del artículo 13 de las condiciones generales del seguro, por parte del propietario o conductor del vehículo asegurado no autoriza, según la ley y la póliza, a la aseguradora para rehusar el pago del siniestro; “en efecto, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la póliza el incumplimiento del propietario o del conductor del vehículo asegurado de cualquiera de las obligaciones señaladas en el artículo 13 faculta al asegurador para solicitar judicialmente el término anticipado e indemnizaciones de perjuicios, no contemplándose en la reglamentación del seguro otra consecuencia para el caso de extemporiedad en el denuncia del siniestro”.¹⁹³

1.3.29 **Firma del Certificado. Oficio N°342, de 11 de Enero de 1987.**

Por carta una compañía aseguradora hace presente a la Superintendencia la dificultad de firmar manuscritamente un gran volumen de certificados del SOAP en el plazo limitado en que éstos se renuevan y que no se podría otorgar poder a los corredores de seguros debido a lo dispuesto en la Circular N°570, de Diciembre de 1985; proponiendo como solución estampar la firma de los apoderados con facsímil refrendado por timbre seco que oficializaría la firma del que entrega el certificado.

Respecto de la propuesta este servicio informa:

i- Dadas las características del SOAP, especialmente que éste se renueva masivamente en un plazo muy breve, coincidente con el de renovación del permiso

¹⁹³ REVISTA DE SEGUROS N°80, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1988, Santiago, p. 38.

de circulación, se da cumplimiento a la exigencia establecida en el artículo 17 de la Ley 18.490, en lo referente a constar la firma de un apoderado de la aseguradora en el certificado, cuando éste lo ha estampado personal y manuscritamente o, en su defecto, lo ha hecho por otro medio, en cuyo caso debe reconocerla como suya con anterioridad a la venta del seguro. Dicho reconocimiento debe ser informado en reunión de directorio y constar en el acta respectiva, individualizando con sus respectivos números los certificados correspondientes.

ii- En lo referente a la incompatibilidad que supuestamente afectaría a los corredores de seguros en virtud de lo dispuesto en la letra e) del N°7 del artículo 3° de la Circular N°570, en cuanto éstos no pueden ser apoderados o representantes de una entidad aseguradora o reaseguradora, ella no les afecta en lo poderes especiales que pueda recibir para firmar los certificados del SOAP, toda vez que la Circular N°671, los habilita excepcionalmente para estos efectos.

iii- Las compañías deben dejar expresa constancia de los poderes que otorguen tanto a los corredores como a su fuerza de venta, informando tal circunstancia en reunión de directorio y dejando constancia en el libro de actas de éste.¹⁹⁴

1.3.30 **Firma del certificado en forma preimpresa: es aceptable siempre que exista reconocimiento previo del apoderado. Oficio N°2569, de 15 de Junio de 1990.**

Se presenta solicitud a la Superintendencia para que autorice la firma del apoderado de la compañía, en los certificados del seguro automotriz, en forma preimpresa como una alternativa en la que se daría cumplimiento al punto 3 de la Circular N°918, de 4 de Enero de 1990; solicitud que es aceptada por este servicio pues, aún cuando la firma del apoderado de la compañía es una solemnidad para la

emisión del certificado del SOAP, entiende que se cumple con dicha obligación siempre que exista un reconocimiento previo del respectivo apoderado de que dicha firma le pertenece y la reconoce como suya.

Dicho reconocimiento previo debe ser informado en reunión de directorio y constar en el acta respectiva, individualizando con sus respectivos números los certificados correspondientes.¹⁹⁵

1.3.31 **Hospitalización: Gastos de hospitalización. Oficio N°3865, de 27 de octubre de 1988.**

Discusión en torno en cuanto al valor a reembolsarse por concepto de gastos de hospitalización; la posición de la compañía es que la póliza establece claramente que los reembolsos por prestaciones médicas deben regirse por el valor de todas y cada una de las prestaciones detalladas y codificadas en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469, vigente al momento de otorgarse la misma aumentada en la proporción que corresponda al Grupo 2 de la Modalidad de Libre Elección y que ello incluye inequívocamente el día cama, no pudiendo pretenderse que el tope establecido (máximo de 3 U.F.) sea el que corresponda indemnizar en toda circunstancia.

La Superintendencia no concuerda con lo sostenido por esa aseguradora, en orden a afirmar que los gastos de hospitalización que corresponden reembolsar sean los que señala la Ley 18.469.

El inciso segundo de la letra d) del artículo 2° de la póliza dice que “el asegurador pagará como única indemnización por este concepto el reembolso de gastos efectivamente incurridos por el accidentado; sin embargo, en ningún caso

¹⁹⁴ REVISTA DE SEGUROS N°84, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1989, Santiago, p. 47 a 49.

¹⁹⁵ REVISTA DE SEGUROS N°88, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1990, Santiago, p. 50.

dicho reembolso puede exceder, por gastos de hospitalización, el equivalente de 3 U.F. por cada día cualquiera que fuere el costo efectivo de dichas prestaciones. De igual forma, el reembolso por las otras prestaciones de salud no podrá exceder el valor asignado para la respectiva prestación en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469, vigente al momento de otorgarse la prestación, aumentada en la proporción que corresponda al Grupo 2 de la Modalidad de Libre Elección. Asimismo, el reembolso de los gastos farmacéuticos en ningún caso podrá exceder el precio promedio habitual que ellos tengan en el mercado”.

En cuanto a los gastos de hospitalización la ley 18.490 sólo señala un máximo de 3 U.F. por cada día de hospitalización sin hacer referencia a la Ley 18.469 sino que sobre el particular debe estarse a lo dicho en la primera fase, esto es, el asegurador pagará el gasto en que efectivamente se hubiere incurrido y ese no será otro que el que se establezca en el arancel particular de cada establecimiento hospitalario, y que, la ley en comento sólo hace referencia a la ley 18.469 para las “otras prestaciones”.

Este servicio coincide con la compañía sólo en orden a que no puede pretenderse que el tope señalado sea el que deba pagarse en toda circunstancia pues la regla señalada en el inciso segundo de la letra d) del artículo 2° de la póliza establece que el asegurador pagará como única indemnización por tal concepto el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado, “no puede asignarle a dicho tope una verdadera presunción de valor sino tan sólo de máxima indemnización”.¹⁹⁶

1.3.32 Hospitalización: Gastos de hospitalización. Oficio N°3061, de 15 de Julio de 1992.

En relación al sentido y alcance al límite de 3 U.F. establecidos para los gastos de hospitalización la Superintendencia manifiesta lo siguiente:

El artículo 25 N°4 de la Ley 18.490 establece que el SOAP garantizará indemnizaciones de cantidad equivalente hasta 90 U.F. por concepto de gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica y farmacéutica.

Por su parte, el artículo 2° de la póliza establece el límite de cobertura que se otorga a la eventuales víctimas, esto es, el monto hasta el cual la compañía aseguradora responde. En el inciso segundo de la letra d) del artículo citado se limita el reembolso de los gastos a los “efectivamente” incurridos por el asegurado, no pudiendo, sin embargo, en ningún caso dicho reembolso exceder por gastos de hospitalización el equivalente de 3 U.F. por cada día de hospitalización.

Este servicio entiende que el concepto día de hospitalización está relacionado con el tiempo que una persona se encuentra internada en un recinto hospitalario para recibir las atenciones, y que en él están comprendidos las atenciones incluidas en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469 y sus normas técnicas. En consecuencia, por “gasto de hospitalización” (incluyendo en él las prestaciones que comprende el citado arancel) no podrá cobrarse en ningún caso una suma que exceda el equivalente a 3 U.F.

Por otra parte, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 25 N°4 de la Ley citada y a la póliza las atenciones médicas y quirúrgicas que el paciente requiera dentro de su hospitalización no podrá exceder el valor asignado para la respectiva prestación en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469

¹⁹⁶ REVISTA DE SEGUROS N°81, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1988, Santiago, p.

vigente al momento de otorgarse, aumentada en la proporción que corresponda al Grupo 2 del rol de la Modalidad de Libre Elección.

Entonces “se entiende por gastos de hospitalización aquellos en que incurre el accidentado durante su estadía en el centro hospitalario por los conceptos establecidos en el citado arancel y normas técnicas respectivas, para el tipo de atención que se otorgue, lo cual incluye: habitación, alimentación, atención de enfermería y demás prestaciones que se comprendan en las demás ‘atenciones cerradas’”.¹⁹⁷

1.3.33 **Hospitalización: Límite de cobertura en gastos de hospitalización. Oficio N°3421, de 10 de Agosto de 1992.**

Ante una solicitud de pronunciamiento acerca de qué comprende el término “día de hospitalización” la Superintendencia señala, primeramente, la conveniencia de precisar que la Ley 18.490 en parte alguna se refiere o a utilizado este término y, en segundo término, indica que este término no constituye novedad alguna respecto de las normas técnicas ya existentes sobre esta materia; pues, además, el inciso segundo de la d) del artículo 2° de la póliza de materia ha hecho referencia al citado término sin darle una connotación especial sino que simplemente para explicitar cuál es el límite diario de la cobertura por concepto de gastos de hospitalización. En consecuencia, debe estarse a lo establecido en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud para delimitar el contenido de la expresión consultada.¹⁹⁸

22.

¹⁹⁷ REVISTA DE SEGUROS N°92, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1992, Santiago, p. 25.

1.3.34 **Hospitalización y otras prestaciones: delimitación entre unas y otras. Oficio N°2800, de 4 de Agosto de 1988.**

El Servicio de Salud de Concepción Arauco solicitó a la Superintendencia su pronunciamiento sobre el “alcance” de lo señalado en la letra d) del artículo 2° de la póliza del SOAP, petición a la cual responde:

De acuerdo a lo establecido en el artículo 25 de la Ley 18.490 en relación al artículo 2° de la póliza no es procedente incluir dentro del recibo de gastos de hospitalización otras prestaciones de salud de naturaleza distintas de la hospitalización.

Lo anterior por cuanto de acuerdo al sistema de la Ley 18.490 el reembolso de los gastos por prestaciones de salud incurridos por el lesionado en un accidente de tránsito se limita en el caso de hospitalización a 3 UF, como máximo por cada día de hospitalización cualquiera que fuere el costo efectivo superior de dicha cantidad, mientras que para las demás prestaciones de salud (como atención médica, quirúrgica y farmacéutica) dicho reembolso se determina según el Arancel de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469 aumentado en la proporción que corresponda al Grupo 2 del rol de modalidades de libre elección y por el precio promedio habitual en el mercado para medicamentos y atenciones odontológicas.

Por consiguiente, las prestaciones de salud distintas de la hospitalización no pueden ser imputadas al límite de 3 UF por cada día de hospitalización, debiendo su reembolso efectuarse en la forma antes señalada, independientemente de los gastos por concepto de hospitalización.¹⁹⁹

¹⁹⁸ REVISTA DE SEGUROS N°96, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1993, Santiago, p. 27 y 28.

¹⁹⁹ REVISTA DE SEGUROS N°80, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1988, Santiago, p. 39.

1.3.35 **Impugnación del siniestro (plazo) y arbitraje. Oficio N°2620, de 16 de Junio de 1995.**

Recibido en este Servicio presentación de solicitud de reconsideración de Oficio N°2204, de 18 de Mayo de 1995, que concluyó que la compañía debía pagar siniestro por no haber impugnado el informe de liquidación dentro del plazo que tenía para hacerlo conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, informó lo siguiente:

- i- “La liquidación de seguros es un procedimiento consagrado expresamente en la ley, los artículos 61 y siguientes del DFL 251, de 1931, y los artículos 18 y siguientes del DS N°863, de Hacienda, de 1983, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, que tiene por fin básicamente determinar la ocurrencia del siniestro, si el riesgo está bajo cobertura de un compañía determinada y el monto de la indemnización a pagar, todo ello de conformidad al procedimiento que establece el Reglamento”.
- ii- El pronunciamiento emitido mediante oficio referido representa la opinión de la Superintendencia, sobre una materia de su competencia, que tiene por fundamento lo establecido en las normas legales y reglamentarias que rigen la liquidación de seguros, pero no constituye una resolución administrativa ni una sentencia arbitral.

Al efecto, el Servicio considera la existencia en la especie de informe de liquidación emitido por el liquidador designado por la compañía, que en cumplimiento de funciones que la ley le encomienda concluyó la procedencia del pago de la indemnización del siniestro denunciado por el asegurado sin que este informe haya sido impugnado oportunamente por la compañía de seguros.

iii- “El no ejercicio por parte de la entidad aseguradora o la extemporaneidad del trámite de impugnación del informe del liquidador produce el efecto de caducidad del derecho a rechazar dicho informe y, consecuentemente, el reconocimiento del derecho del asegurado a solicitar o demandar a la compañía el pago de la indemnización correspondiente, toda vez que tal derecho le fue reconocido por informe fundado de tercero independiente”, contratado por la aseguradora para tal efecto.

Sin embargo, aludiendo el oficio referido, cabe señalar que lo expresado por el Servicio no impide el ejercicio por las partes del contrato de su derecho a hacer uso de la cláusula arbitral prevista en la póliza, como tampoco obsta a que ellas hagan valer en el procedimiento arbitral las acciones y excepciones relativas a la procedencia de la indemnización o, en general, al cumplimiento del contrato de seguro y sus condiciones, conforme a la póliza respectiva.²⁰⁰

1.3.36 **Indemnización del nonato. Oficio N°2352, de 17 de Mayo de 1991.**

Se solicita pronunciamiento de este servicio sobre si es indemnizable, por la cobertura de materia, la muerte del nonato cuya madre fallece a consecuencia de un accidente de tránsito; organismo que estima que, en atención a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 74 del Código Civil, en el caso consultado, no hay derecho a indemnización dado que, no habiendo nacido la criatura, ésta se reputa 'no haber existido jamás'.

Por el contrario, si la criatura naciese y viviese un instante siquiera, en virtud de lo establecido en el artículo 77 del mismo texto legal, ésta entraría a gozar del derecho a indemnización de la Ley 18.490 que le correspondiera. Dicha norma establece que para efectos de los derechos que le puedan corresponder a la criatura

concebida aún no nacida, éstos quedarán en suspenso hasta que el nacimiento se efectúe; y si esta condición se cumple, el recién nacido entrará a gozar de tales derechos como si hubiese existido al momento de deferirse el derecho.

"En virtud de lo expuesto, esta Superintendencia estima que, bajo la condición suspensiva que su nacimiento constituya un principio de existencia, deberán considerarse cubiertos por la póliza de materia las criaturas concebidas y no nacidas, cuyas madres intervengan en un accidente de tránsito."²⁰¹

1.3.37 Indemnización por gastos de hospitalización o de atención médica o quirúrgica. Oficio N°2334, de 22 de Junio de 1994.

Frente a consulta respecto a las indemnizaciones correspondientes por estos servicios, su oportunidad, beneficiarios y manera de acreditarlos, la Superintendencia señala que estos gastos se pagarán una vez que se acredite fehacientemente:

- a) Que las prestaciones de salud y gastos farmacéuticos cuyo reembolso se solicita fueron efectivamente prestados al accidentado y que eran razonablemente necesarios para la atención, recuperación y rehabilitación de su salud. Por consiguiente, se deberán presentar los originales de los recibos, boletas o facturas de gastos; en estos documentos deberá individualizarse claramente el nombre la persona que recibió la respectiva prestación o incurrió en el gasto y la naturaleza de uno y de otro.
- b) Los días de hospitalización del accidentado con motivo de las lesiones sufridas por el accidente; y que el origen determinado y preciso de las prestaciones o gastos fueron la atención, recuperación y rehabilitación de la salud del

²⁰⁰ REVISTA DE SEGUROS N°108, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1995, Santiago, p. 15 y16.

²⁰¹ REVISTA DE SEGUROS N°91, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1991, Santiago, p. 42.

accidentado por las lesiones sufridas en el accidente de tránsito en el cual participó el vehículo asegurado.

c) Finalmente, el pago, de acuerdo a lo establecido en el artículo 32 de la Ley 18.490, en caso de lesiones se efectuará directamente al asegurado, o en caso de imposibilidad de éste a quien lo represente; los gastos de hospitalización y de atención médica, quirúrgica y farmacéutica también se podrán hacer en forma directa al Servicio de Salud o Entidad Previsional u Hospitalaria que acredite haber prestado a la víctima el correspondiente servicio.²⁰²

1.3.38 Indemnizaciones: Cálculo y forma de pago en caso de incapacidad permanente parcial en relación al descuento de los gastos médicos. Oficio N°76, de 13 de Enero de 1992.

Consultada la Superintendencia por el cálculo de las indemnizaciones por incapacidad permanente parcial y el descuento de los gastos médicos pagados a hospitales y demás centros de asistencia, dicho servicio señala:

i- Por Circular N°1045, de 12 de Diciembre de 1991, (hoy derogada) esta Superintendencia aclaró, para todo el mundo asegurador, la forma de cálculo de las indemnizaciones de incapacidad permanente parcial. Sin perjuicio de ello, este servicio informa la modificación (de la circular) como estrictamente aclaratoria, puesto que con anterioridad atendido el aumento de la cuantía de las indemnizaciones dispuesta en la Ley 18.681 y Circular N°762, la base de cálculo siempre ha sido la misma.

ii- En relación al descuento de los gastos médicos pagados respecto de las indemnizaciones que correspondan a la víctima o a sus beneficiarios, debe tenerse presente que el artículo 26 de la Ley 18.490 sólo autoriza a hacer dichos

²⁰² REVISTA DE SEGUROS N°103, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1994. Santiago, p. 16.

descuentos respecto de los gastos médicos efectivamente pagados, por ende, no procede ninguna forma de reserva de parte de la indemnización para dichos fines antes de la presentación de los comprobantes que los acrediten, en conformidad al artículo 30 de la ley citada.

En ese sentido por interpretación de los artículos referidos, para que proceda el descuento de los gastos médicos es preciso que los comprobantes que los acreditan sean presentados con anterioridad o conjuntamente a los que sirven para comprobar las demás indemnizaciones que contempla al cobertura de la póliza.²⁰³

1.3.39 Intermediación de los contratos de seguros de la Ley 18.490.
Oficio N°1408, de 14 de Abril de 1987.

Frente a presentación hecha por la Asociación Gremial Nacional de Corredores de Seguros, la Superintendencia informa lo siguiente:

a- Que, de acuerdo a la normativa vigente en materia de seguros, las compañías tiene libertad para fijar los precios de los productos que ofrezcan al público en general, siendo incompatible con ello su petición de que se uniforme el valor de la prima del SOAP.

b- Que, en cuanto a la forma de comercialización del seguro de que se trata (punto que ya fue discutido ante las instancias administrativas y judiciales pertinentes durante el transcurso del año 1986), por resolución ejecutoriada, de 24 de marzo de 1986, emanada de la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Santiago, se declaró sin lugar un recurso de protección interpuesto por la Asociación Gremial Nacional de Corredores de Seguros en contra de esta Superintendencia, teniendo presente, entre otras consideraciones que: “La legislación vigente establece que la

venta de seguros puede ser hecha a través de corredores independientes de seguros o bien por las propias entidades aseguradoras directamente, pudiendo usar ambos agentes y los métodos de venta que estimen convenientes, entre ellos el uso de promotores, habilitación de lugares especiales de ventas y medios publicitarios del caso, siempre que se ajusten a la normativa vigente”

c- Que, por último, cabe señalar que de acuerdo a las normas sobre intermediación de seguros, aquellos contratos de seguros intermediados por personas no registradas en esta Superintendencia, se entenderán pactados directamente con la entidad aseguradora.²⁰⁴

1.340 Interrupción del plazo de prescripción para el cobro del seguro. Oficio N°6736, de 5 de Diciembre de 1997.

Se presenta reclamo ante la Superintendencia por el rechazo de pago, por parte de la compañía aseguradora, de facturas que fueron presentadas originalmente dentro de plazo legal y devueltas por la compañía por falta de epícrisis.

Atendido lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley 18.490, el cual señala que las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones por accidentes personales prescribirán en un año contado desde la fecha en que ocurrió el accidente, es que este servicio es de la opinión de que no procede el rechazo en el pago de las facturas, toda vez que ellas fueron remitidas dentro de plazo legal a la dependencia de la compañía aseguradora, produciendo por este efecto la interrupción de la prescripción, señalada en el artículo en comento.

²⁰³ REVISTA DE SEGUROS N°94, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1991. Santiago, p. 17.

²⁰⁴ REVISTA DE SEGUROS N°75, Superintendencia de Valores y Seguro, Junio del año 1987. Santiago, p. 58.

"El Hecho de poner a disposición de la compañía aseguradora los antecedentes que se señalan en el artículo 30 de la ley citada configura el requerimiento de pago que se exige para interrumpir la prescripción que señala el artículo 13."²⁰⁵

1.341 Lesiones no expresadas en el parte policial, se indemnizan. Oficio N°3056, de 31 de Agosto de 1989.

Consultada la Superintendencia respecto a si procede el pago de las indemnizaciones provenientes de lesiones no mencionadas en el parte policial sino que constadas con posterioridad al accidente al concurrir la víctima a un centro asistencial, este servicio señala lo siguiente:

- i- El artículo 24 de la Ley 18.490 preceptúa que el SOAP cubre los riesgos de lesiones y muerte que sufran las personas como consecuencia de accidentes en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas. Este seguro cubre tanto al conductor del vehículo como a las personas que estén siendo transportadas en él y cualquier tercero afectado.
- ii- El artículo 30 de este mismo cuerpo legal determina con precisión los antecedentes que deben presentarse para obtener la indemnización y que ellas se pagarán dentro de los 10 días siguientes a los de su presentación; estableciendo en el N°1 que “el certificado otorgado por carabineros deberá consignar los datos del accidente de tránsito de acuerdo al parte enviado al tribunal competente”.

Esto significa que la ley no ha entregado a Carabineros de Chile la facultad de determinar el tipo, gravedad o características de las lesiones sino solamente recibir las denuncias de los afectados por el delito o cuasidelito o estamparlas de oficio remitiéndolas al tribunal competente.

²⁰⁵ REVISTA DE SEGUROS N°122, Superintendencia de Valores y Seguros Diciembre del año 1998. Santiago, p.

Por su parte, en caso de existir lesiones visibles Carabineros envía los antecedentes conjuntamente con el parte correspondiente al Juzgado de Policía Local, el cual lógicamente se declarará incompetente para conocer del problema sometido a su decisión si se presentan antecedentes que señalen que el accidente de tránsito significó lesiones para algunas de las personas que sean competencia de los Juzgados del Crimen. (Consta de los antecedentes que el asegurado presentó en fotocopia, conjuntamente con el reclamo, la citación al Juzgado de Policía Local correspondiente al lugar del hecho).

iii- En cuanto al peso de la prueba: De acuerdo a la normativa de nuestra legislación la buena fe se presume excepto en los casos en que la ley establece la presunción contraria. En todos los otros casos la mala fe debe probarse (artículos 707 del Código Civil y 539 del Código de Comercio).

Por consiguiente en el caso en estudio tenemos que:

- 1° Existe una póliza de SOAP con cobertura al conductor;
- 2° Existe constancia de Carabineros de la concurrencia del vehículo indicado en el accidente y de la individualización de la persona que lo conducía.
- 3° Existe Certificado médico de constancia de las lesiones sufridas y la correspondiente factura de la entidad de salud previsional que otorgó la atención correspondiente.

Con el mérito de los antecedentes acompañados y de las disposiciones legales citadas, a juicio de la Superintendencia la alegación de esa entidad aseguradora para negar el pago de las indemnizaciones no es ajustada a los términos de la ley sobre seguro obligatorio de accidentes personales.²⁰⁶

36.

²⁰⁶ REVISTA DE SEGUROS N°84, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1989. Santiago, p. 54 y 55.

1.342 Liquidación del SOAP. Oficio N°1762, de 21 de Abril de 1995.

En respuesta a presentación que sostiene que las entidades aseguradoras liquidan las indemnizaciones correspondientes a fallecimiento de las víctimas con extraordinaria rapidez, situación que impide que los hospitales que prestan diversas atenciones a la víctima sean pagados y que solicita que, con el fin de normar esta situación, la Superintendencia exija a las entidades aseguradoras que antes de la liquidación de una indemnización por causa de muerte, en aquellos casos que de acuerdo al parte policial se indique que el destino de la víctima es un hospital, se exija un certificado que establezca la no existencia de deudas pendientes por las prestaciones otorgadas a él o los accidentados por el establecimiento asistencial.

La Superintendencia realiza los siguientes comentarios:

1° De acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 18.490 las indemnizaciones se pagarán al beneficiario respectivo dentro del plazo de 10 días siguientes a la presentación de los antecedentes. El certificado de Carabineros que debe presentarse a la compañía no menciona el lugar a que fue trasladada la víctima; tal antecedente queda establecido en el parte policial remitido al juzgado del crimen y forma parte del sumario, que es secreto según nuestro ordenamiento legal.

2° De acuerdo a lo dispuesto el N°2 del artículo citado en caso de muerte sólo debe acompañarse certificado de defunción y los correspondientes antecedentes que acrediten legalmente la calidad de beneficiario del seguro.

3° Dispone el N°4 del artículo 30 que, para el caso de los gastos médicos, además del certificado de Carabineros, deben presentarse comprobantes que acrediten el valor o precio de la atención, recuperación y rehabilitación médica y

dental de cualquier orden y de la farmacéutica a que haya debido someterse la víctima como consecuencia de las lesiones sufridas.

4° El artículo 31 dispone que el pago de las indemnizaciones en caso de lesiones se hará directamente a la víctima o asegurado o, en caso de imposibilidad de éste, a quien sus derechos represente.

Agregando en su inciso segundo que el pago de los gastos de hospitalización y de atención médica, quirúrgica y farmacéutica también se puede hacer en forma directa al Servicio de Salud o Entidad Previsional u Hospitalaria que acredite haber prestado a la víctima el correspondiente servicio.

“las normas legales precedentemente señaladas no permiten a este servicio instruir a las entidades aseguradoras en orden a requerir antecedentes que no se encuentran establecidos entre los requisitos necesarios para proceder al pago de las indemnizaciones establecidas en la Ley 18.490 y en la póliza del seguro obligatorio de accidentes personales; materia que corresponde a una modificación de esta ley”.²⁰⁷

1.3.43 **Liquidación y pago de las indemnizaciones. Oficio N°2412, de 3 de Junio de 1992.**

Requerida en consulta la Superintendencia señala que el procedimiento de liquidación de seguros de materia no contempla la posibilidad de suspensión alguna en el plazo de 10 días que se establece en el artículo 30 de la ley 18.490 para el pago de las indemnizaciones.

Con respecto a las fechas de recepción de las facturas para el reembolso de los gastos por atenciones médicas y farmacéuticas, debe interpretarse que ello no es necesario, en cuanto la forma de liquidación establecida en la ley dispone que

²⁰⁷ REVISTA DE SEGUROS N°108, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1995. Santiago, p.9 y 10.

las indemnizaciones deben pagarse dentro del plazo de 10 días contados desde que se reciban los antecedentes que los acreditan. Con ello la fecha de recepción de las facturas no puede ser obviada.²⁰⁸

1.3.44 **Liquidador de seguros: función. Oficio N°1183, de 4 de Abril de 1989.**

A requerimiento formulado por la Superintendencia la compañía responde que no se ha efectuado el pago al Hospital Traumatológico de la ciudad de Concepción de las facturas n°990 y 1834, de fechas Agosto 26 de 1988 y enero 16 del presente año respectivamente, por no haberse recibido la correspondiente copia del parte policial.

La Superintendencia informa que la ley sólo exige certificado de Carabineros y no copia del parte policial, facultando a la entidad aseguradora y a los liquidadores del siniestro para requerirlo a Carabineros de Chile.

Además la Circular N°185, de 1982, modificada por la N°272, del mismo año, sobre liquidadores de siniestros establece como función de éstos el investigar cabalmente las causas y origen del siniestro, labor que implica la facultad señalada.²⁰⁹

1.3.45 **Liquidador del siniestro: obligaciones. Oficio N°3120, de 5 de Septiembre de 1989.**

Una compañía aseguradora “cree” que es apropiado el pago de indemnización por muerte de una víctima de un accidente a sus hijos naturales, en calidad de beneficiarios y solicita a la Superintendencia que confirme si procede el

²⁰⁸ REVISTA DE SEGUROS N°96, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1992. Santiago, p. 24.

²⁰⁹ REVISTA DE SEGUROS N°82, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1988. Santiago, p. 63.

pago de las indemnizaciones del SOAP por la muerte de una de las víctimas de un accidente de tránsito a dichos hijos naturales.

Este servicio responde que no es el indicado para resolver esta cuestión, pues ello compete al liquidador de seguros, él es quien debe determinar, en forma precisa, si es o no procedente el pago de las indemnizaciones y si éstas deben hacerse a aquellos beneficiarios, con absoluta independencia de lo que le parezca a esta oficina, a la cual en dicho aspecto no le compete intervenir.

No cabe “creer” posible pagar siendo necesario decir si y no y cuanto, especialmente en este caso en que existe una disposición legal que señala quienes son los beneficiarios del seguro. En estas circunstancias sólo cabe emitir el informe conforme a los antecedentes acompañados, disposiciones legales pertinentes y lo previsto en la póliza, a la brevedad posible, ya que el plazo señalado en el artículo 30 de la Ley 18.490 se encuentra vencido, existiendo la posibilidad de sancionar a la compañía aseguradora si ello no ocurre pronto.²¹⁰

1.3.46 **No están cubiertos los gastos de alcoholemia por el SOAP. Oficio N°1069, de 24 de Marzo de 1992.**

"El gasto correspondiente a alcoholemia no es indemnizable por el seguro obligatorio de accidentes personales, salvo que se acredite que este examen es necesario para la atención, tratamiento y recuperación del estado de salud del afectado por las lesiones provenientes directamente del accidente de tránsito."²¹¹

1.3.47 **Nulidad, vigencia e intermediación. Oficio N°2939, de 21 de Agosto de 1987.**

²¹⁰ REVISTA DE SEGUROS N°84, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1989. Santiago, p. 56.

²¹¹ REVISTA DE SEGUROS N°94, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1991. Santiago, p. 22.

En virtud de reclamo presentado en contra de una compañía la Superintendencia le solicitó informara las razones que motivaron la decisión objeto del reclamo, quien respondió lo siguiente:

1. La fecha del siniestro, ocurrido el 28 de Marzo de 1987, determinó que el vehículo asegurado careciera de SOAP pues el seguro fue celebrado estableciendo una fecha de vigencia anterior a la de su contratación; situación que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 522 del Código de Comercio determina la nulidad absoluta del acto, pues dicho artículo dispone que no pueden ser objeto de seguro las cosas que ya han corrido el riesgo, háyanse o no salvado o perecido en él.
2. El seguro fue contratado por un intermediador de seguros, que se habría excedido en sus facultades al vender un póliza con efecto retroactivo; como consecuencia no es posible atribuir dicho acto a la compañía y en caso contrario, el mandato adolecería de nulidad absoluta por ilicitud del objeto, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 1462 del Código Civil, al transgredir una norma de orden público como lo es el artículo 522 n°4 del Código de Comercio.
3. El artículo 5° de la Ley 18.490 que señala la vigencia del seguro no puede atentar contra principios básicos del derecho y las normas de orden público y de equidad que deben considerarse cuando resulte necesario aplicarla e interpretarla.

Este servicio, teniendo a la vista los antecedentes aportados por las partes, manifiesta lo siguiente:

- La nulidad del contrato por infracción de lo dispuesto en el artículo 522 del Código de Comercio para que produzca efecto requiere haber sido declarado judicialmente, lo que a esta fecha no ha ocurrido.
- No es correcto decir que el intermediador del seguro se extralimitó en sus funciones, toda vez que, de acuerdo a lo señalado por la compañía, la

intermediación se efectuó a través de un comisionista quien no tiene la calidad de corredor de seguros. En consecuencia, tiene plena aplicación lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1° de la Circular N°570, de 1985, en orden a que ‘todos los contratos de seguros intermediados por personas no registradas en esta Superintendencia, se entenderán pactados directamente con la entidad aseguradora’.

- De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5| de la Ley 18.490 los contratos de seguros que se celebren en cumplimiento de esa ley, regirán por todo el plazo señalado en el certificado y sólo por sentencia judicial ejecutoriada se podrá poner término al contrato antes de la fecha de vencimiento. Cabe hacer presente que el certificado fue emitido por la misma compañía.

En virtud de lo expuesto, debe estarse a la fecha expresada en el certificado de la póliza de seguro para determinar si el accidente se encuentra o no bajo cobertura.²¹²

1.3.48 **Pago a los beneficiarios libera de responsabilidad al asegurador. Oficio N°1346, de 12 de Abril de 1989.**

De conformidad a lo establecido en el artículo 6° N°6 de las condiciones generales de la póliza el asegurador queda liberado de toda responsabilidad por el fallecimiento del accidentado efectuado el pago a cualquiera de las personas enumeradas en el citado artículo, siempre que con anterioridad no se hubiere presentado beneficiario con mejor derecho, y aún en el supuesto de que posteriormente aquéllos se presentaran, “éstos últimos no tendrán acción o derecho para perseguir al asegurador por el pago de suma alguna”.

²¹² REVISTA DE SEGUROS N°76, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1987. Santiago, p. 31 y 32.

Por consiguiente, no existe impedimento legal alguno para pagar las indemnizaciones directamente a quien acredite la calidad de beneficiario del seguro de acuerdo a la ley.²¹³

1.3.49 Pago de indemnización en caso de fuga del automóvil asegurado del lugar del accidente. Oficio N°5156, de 25 de Septiembre de 1997.

Se presenta reclamo ante la negativa de una compañía a reembolsar los gastos de atención médica fundado en que como Carabineros dejó constancia, en su certificado, que los antecedentes relacionados con el número de la póliza y de la compañía aseguradora no pudieron ser obtenidos en atención a que el móvil causante del accidente se dio a la fuga del lugar; entonces no se encuentra acreditada fehacientemente la participación del vehículo asegurado, no constando, en consecuencia, causa alguna que pueda generar responsabilidad para la compañía en este caso.

Antes de resolver, en opinión de la Superintendencia, es necesario efectuar las siguientes observaciones:

- 1- Consta en el certificado de Carabineros que el vehículo causante del atropello es el individualizado con la patente XXX, asegurado en esa compañía.
- 2- Consta del certificado de Inscripción del vehículo, otorgado por el Registro de Vehículos Motorizados, que el vehículo patente XXX, causante del accidente, se encuentra asegurado en esa entidad aseguradora.
- 3- Por consiguiente, existe debida constancia en los certificados referidos que el vehículo causante del accidente se encuentra asegurado en esa entidad, y además, que fue el causante del atropello.

²¹³ REVISTA DE SEGUROS N°82, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1988. Santiago, p. 63.

4- Que en mérito de lo anterior, no corresponde que esa entidad aseguradora se exceptione del pago de la indemnización sosteniendo que no se encuentra individualizado el vehículo causante del accidente, y, tampoco alegar que no se encuentra acreditado que éste portaba un seguro obligatorio de accidentes personales emitido por esa compañía.

"La circunstancia de que el vehículo asegurado haya huido del lugar no reviste mayor importancia, ya que de acuerdo al certificado de Carabineros se encuentra debidamente individualizado; distinta sería la situación si el certificado de Carabineros no consignara la patente del vehículo causante del atropello."²¹⁴

1.3.50 **Pago de indemnizaciones. Oficio N°1537, de 8 de Enero de 1988.**

“Si bien la Ley 18.490 no señala entre los beneficiarios del seguro obligatorio de accidentes personales a los establecimientos hospitalarios, dicha calidad aparece de manifiesto del análisis del contexto de la ley citada.

En efecto, de acuerdo al inciso segundo del artículo 32 de la ley las indemnizaciones provenientes de gastos hospitalarios y de atenciones médicas, quirúrgicas y farmacéuticas pueden ser pagadas directamente al Servicio de Salud o Entidad Previsional u Hospitalaria que haya prestado el correspondiente servicio a la víctima, con el único requisito que acredite la prestación efectiva de dicho servicio al accidentado”. Idéntica norma se repite en el artículo 9° de las condiciones generales de la póliza respectiva.

Por su parte, el artículo 22 de la ley en comento pone de manifiesto el carácter de beneficiarios del seguro que tienen las instituciones referidas precedentemente, las que pueden recabar directamente de Carabineros de Chile el

²¹⁴ REVISTA DE SEGUROS N°122, Superintendencia de Valores y Seguros Diciembre del año 1998. Santiago, p. 31.

certificado en que consten los datos del accidente, documento que la ley exige para proceder al pago de indemnización.

“La redacción del artículo 10 de la ley dispone que tendrán acción contra el asegurador las víctimas y sus beneficiarios, no permite sostener la exclusión de eventualmente otros titulares de la acción, como sería el caso de un establecimiento hospitalario, que según se ha dicho tiene el carácter de beneficiario del seguro”.²¹⁵

1.3.51 Pago de indemnización a beneficiarios del seguro, si los solicitantes tienen igual preferencia. Oficio N°3360, de 8 de Agosto de 1990.

Se interpuso reclamo en contra de una aseguradora que emitió cheque para el pago de indemnización por muerte de la víctima binominalmente, a nombre de la reclamante (madre de la fallecida) y de otro beneficiario (padre de aquella) que había presentado formalmente solicitud ante dicha entidad. La compañía argumentó que, no existiendo un orden de preferencia entre beneficiarios con igual derecho, y habiéndose hecho las presentaciones de ambos padres por separado procedía que se girara el pago de la indemnización a ambos, puesto que la compañía no se encontraba facultada para ejercer cargos de partidora.

En este caso la Superintendencia llegó a la convicción que la forma en que ha procedido la compañía no tiene justificación alguna y sólo constituye un obstáculo para el pago efectivo al cual está obligada.

En primer término, habiéndose reconocido que los dos beneficiarios solicitaron separadamente se les indemnizara, no se ve razón para que se les pague con un documento binominado, pues se trata de personas que no obran de consuno.

²¹⁵ REVISTA DE SEGUROS N°79, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1988. Santiago, p. 55 y 56.

En segundo término, si bien el artículo 6° de la póliza establece un orden de prelación de las personas que tiene derecho a percibir la indemnización en caso de muerte de la víctima, no es menos cierto que en disposición alguna se establezca que entre ellos exista una comunidad que deba ser objeto de partición. Asimismo, si dentro de cada grado de precedencia no se establece una norma especial sobre la forma de división de la indemnización, para el caso de concurrir más de dos personas con el mismo derecho, por aplicación del derecho común debe entenderse que se distribuye por partes iguales.

En tercer lugar, siendo la indemnización una obligación de pago en dinero efectivo no existe justificación para no proceder a la división de la misma, pues este tipo de obligación es naturalmente divisible. Es más, perfectamente los interesados podrían exigir el pago en dinero efectivo.²¹⁶

1.3.52 Participación del vehículo asegurado. Oficio N°3642, de 26 de Septiembre de 1994.

Presentado reclamo ante la negativa de la aseguradora de pagar factura por las atenciones prestadas a un lesionado en un accidente de tránsito, ésta argumentó para tal determinación que no se acreditó judicialmente la participación del vehículo asegurado en el accidente que provocó las lesiones al sujeto.

La Superintendencia resuelve: Para que exista la obligación de pagar indemnizaciones por parte de una compañía aseguradora es menester determinar que a la entidad aseguradora le asiste alguna responsabilidad en el siniestro que da origen al pago de las indemnizaciones previstas en la Ley 18.490, lo cual se encuentra señalado en el artículo 8°, letra c), y 9° de la póliza del SOAP, a saber:

²¹⁶ REVISTA DE SEGUROS N°88, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1990. Santiago, p. 57.

a. El Artículo 8°, letra c), dispone que el origen directo y preciso de las prestaciones y gastos referidos en las letras precedentes debe ser la atención, recuperación y rehabilitación de la salud del accidentado por las lesiones sufridas "en un accidente de tránsito en el cual participó el vehículo asegurado."

b. El artículo 9° de la póliza de materia, señala que, una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y "determinada la responsabilidad del asegurador" respecto del mismo, éste pagará la indemnización que corresponda dentro de los 10 días siguientes a la presentación de toda la documentación requerida.

En este caso la entidad aseguradora no contraviene la normativa legal pertinente, ya que no ha habido investigación para determinar la participación de un vehículo por ella asegurado en un accidente de tránsito, hecho generador de responsabilidad para la compañía aseguradora.²¹⁷

1.3.53 Pasajero, determinación del alcance de la expresión contenida en el DS N°1130, de 1967. Oficio N°852, de 16 de Marzo de 1984.

Frente a reclamo interpuesto por la negativa de la compañía de seguros a pagar indemnización por las lesiones sufridas por una de las víctimas señalando que ésta no poseía la calidad de pasajero, aduciendo que de acuerdo al parte policial dicha víctima tenía la calidad de azafata y que, por tanto no era pasajera.

El DS N°1130 aprobó el Reglamento Sobre Seguro de Accidentes de Pasajeros y Peatones de la Locomoción Colectiva, el que en el inciso tercero de la letra b) del artículo 3° establece: "Se entenderá por pasajero, para los efectos de este reglamento a toda persona que sea transportada por un vehículo de la locomoción colectiva, haya o no pagado pasaje"

²¹⁷ REVISTA DE SEGUROS N°105, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1995. Santiago, p. 8.

El artículo 20 del Código Civil sobre interpretación de la ley nos dice que las palabras de la Ley cuando el legislador las ha definido expresamente para ciertas materias se les dará su significado legal.

De esta forma el propio legislador ha establecido en el Reglamento que contiene las normas sobre el seguro de accidentes e pasajeros y peatones de la locomoción colectiva lo que debe entenderse por pasajeros con palabras claras y precisas.

En virtud de lo expuesto la Superintendencia resolvió a favor del reclamante, señalando que tenía la calidad de pasajera y que a su respecto debía operar la cobertura de dicho seguro.²¹⁸

1.3.54 Plazo de denuncia del siniestro: cumplimiento de una cláusula del contrato. Oficio N°1327, de 5 de Abril el 1990.

Frente a reclamo contra una compañía de seguros por cuanto ésta rechazó el pago de un siniestro (robo de radio) por el hecho de haberse denunciado fuera del plazo que señala el contrato de seguro. La Superintendencia señala que carece de atribuciones para, administrativamente, obligar a la compañía a pagar un siniestro, menos aún cuando la compañía al fundamentar el rechazo esgrime una causa expresamente contemplada en la póliza.

El citado plazo no es reglamentario sino de carácter contractual, se contiene en una cláusula del contrato de seguro.²¹⁹

²¹⁸ REVISTA DE SEGUROS N°63, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1984. Santiago, p. 18 y 19.

²¹⁹ REVISTA DE SEGUROS N°87, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1990. Santiago, p. 22.

1.3.55 Plazo para pagar indemnizaciones, liquidación del siniestro y función del liquidador. Oficio N°721, de 3 de Marzo de 1989.

En relación a solicitud de detalle pormenorizado de la actuación de una compañía en la liquidación de indemnización correspondiente a accidente de tránsito que provocó graves lesiones con consecuencia de muerte al accidentado, ocurrido el día 24 de Julio de 1988; la requerida, en su respuesta no adjuntó informe de liquidación así como tampoco la correspondencia intercambiada con los señores liquidadores que revelaran preocupación por el retardo originado.

Este servicio informa lo siguiente:

- a. De conformidad a lo establecido en el artículo 30 de la Ley 18.490, las indemnizaciones previstas en el SOAP se pagarán al beneficiario respectivo dentro del plazo de 10 días siguientes a la presentación de los antecedentes requeridos por el inciso segundo del mismo artículo.
- b. Por su parte, en Circular N°659, de Octubre 21 de 1986, se señala que, en atención a que en la Ley 18.490 y en la póliza del seguro se establecen las normas necesarias para la determinación de las indemnizaciones que deban pagarse, el monto de éstas, sus beneficiarios, procedimiento, documentos y exclusiones, entonces para pagar las indemnizaciones que se establecen en la ley “no se requiere de informe del liquidador del siniestro, sin perjuicio que voluntariamente lo puedan solicitar”.

Lo anterior implica una excepción a las normas generales, establecida única y exclusivamente con el objeto de facilitar el pago de esta clase de indemnizaciones, pero en caso alguno puede ser motivo de aumento del plazo establecido en el artículo 30 de la ley en comento.

c. Los liquidadores deben emplear en el ejercicio de sus funciones el cuidado y diligencia que los hombres emplean ordinariamente en sus propios negocios (artículo 8° de Circular N°272, de Diciembre de 27 de 1982) y su función propia, cual es suministrar a la compañía todos los antecedentes que sean necesarios para que ésta se forme una idea cabal de la responsabilidad que pueda afectarle a causa de un siniestro y la cuantía de él, deben ejercerla en el menor tiempo posible; no pudiendo la compañía aseguradora justificar el atraso de seis meses en el pago de la indemnización amparándose en una gestión que “voluntariamente” entregó a un tercero.²²⁰

1.3.56 Prescripción del cobro de las prestaciones. Interrupción de la acción. Oficio N°3356, de 8 de Agosto de 1990.

Se presentó reclamo por el rechazo de la compañía de seguros de los gastos médicos de que dan cuenta boletas presentadas en el mes de Marzo de 1990 por accidente ocurrido con fecha 19 de Marzo de 1989, aduciendo que de conformidad al artículo 13 de la Ley 18.490 y al artículo 11 de las condiciones generales de la póliza del SOAP el plazo para presentar boletas y demás antecedentes de gastos es de un año contado desde la fecha de accidente.

En respuesta al reclamo, la Superintendencia entiende que la prescripción a que se hace mención no ha operado puesto que, de conformidad al artículo 2518 del Código Civil, ha operado la interrupción natural de la prescripción, toda vez que la compañía ha reconocido su obligación mediante los pagos hospitalarios, de atención médica, quirúrgica y farmacéutica que ya se hicieron. Ello, sin perjuicio

²²⁰ REVISTA DE SEGUROS N°82, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1988. Santiago, p 42.

de sólo haber cobertura para aquellos gastos en que efectivamente se incurra dentro del plazo al cual se ha hecho mención.²²¹

1.3.57 Prestaciones comprendidas en el valor día cama. Oficio N°2596, de 13 de Junio de 1996.

Con el objeto de dar una adecuada información con respecto a las prestaciones comprendidas en el valor 'día cama' y a la procedencia del cobro de las 'consultas médicas' este Servicio solicitó al Ministerio de Salud que informara al respecto.

De conformidad a lo manifestado por el Ministerio de Salud y por el Fondo nacional de Salud, para el cobro de las consultas médicas a las compañías de seguros, las entidades hospitalarias deberán ajustarse a las normas dadas en las condiciones generales de la póliza del SOAP, a la Ley 18.490 y al Arancel del Régimen de prestaciones de Salud de la Ley 18.469 y a sus normas técnica administrativas. En consecuencia y considerando lo expresado, para el cobro de las referidas prestaciones deberá tenerse presente lo siguiente:

"El día cama, en cuanto atención médica sólo comprende la atención del médico residente cuando sea necesaria. Esta atención se refiere a las funciones propias de los médicos residentes, que son aquellas acciones efectuadas en los casos de emergencias médico-quirúrgicas y de control dispuestas por los médicos tratantes en los horarios nocturnos y no hábiles cuando dichos tratantes se encuentren ausentes". En este caso no existe vínculo médico-paciente entre la

²²¹ REVISTA DE SEGUROS N°88, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1990. Santiago, p. 56 y 57.

víctima y el médico residente sino que es el establecimiento quien otorga la atención integral.²²²

1.3.58 Procedimiento de pago de un siniestro de SOAP reclamado al amparo de un certificado extraviado o perdido, que es legítimamente adquirido por el beneficiario. Oficio N°476, de 31 de Enero de 1996.

Frente al rechazó, por parte de la compañía aseguradora, del pago de la indemnización de un siniestro cubierto por el SOAP fundado en el hecho de la pérdida o extravío, el año 1989, del certificado del seguro en que se apoya el siniestro; el cual había sido adquirido en un lugar público a una persona no autorizada pudiendo, con motivo de lo anterior, configurar un delito. Se presentó reclamo ante la Superintendencia por parte del beneficiario del seguro.

Este servicio, analizados los antecedentes del caso, concluye que "los argumentos expuestos por la compañía de seguros, en orden a la pérdida o extravío por los corredores de seguros, son insuficientes para justificar el rechazo del siniestro reclamado, atendido que no puede estimarse que los hechos en que se funda la negativa hayan sido imputables al tomador o contratante del seguro, por lo que conforme a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 18.490, no resulta oponible a la víctima del siniestro la excepción invocada" por la entidad aseguradora.

En cuanto a la eventual comisión de los delitos de falsificación de instrumento privado y de uso malicioso del mismo, cabe tener presente que no existe proceso judicial que acredite la existencia de tales delitos y la participación en los mismos de la víctima del siniestro, y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo

²²² REVISTA DE SEGUROS N°123, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1999. Santiago, p. 18 y 19.

30 de la ley en comento, en opinión del servicio debe cursar el pago de la indemnización al reclamante sin más trámite.²²³

1.3.59 Prueba del siniestro: Parte de Carabineros no puede determinar el tipo, gravedad o características de las lesiones. Oficio N°3745, de 18 de Octubre de 1989.

Respecto de este punto la Superintendencia señala lo siguiente:

1. El artículo 6° de la Ley 18.490 nos dice que el pago de las indemnizaciones en el SOAP se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y las consecuencias de muerte o de lesiones que éste originó a la víctima. Además, el artículo 24 de la ley en comento preceptúa que este seguro cubre los riesgos de muerte y de lesiones corporales que sufran las personas como consecuencia de accidentes en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas; cubriendo tanto al conductor como a las personas transportadas y a cualesquier tercero afectado. Finalmente el artículo 30 determina con precisión los antecedentes requeridos para el pago de las indemnizaciones y establece un plazo dentro del cual se hará efectivo éste.
2. Por su parte, el artículo 8° de las condiciones generales de la póliza nos dice que las indemnizaciones provenientes de gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica o farmacéutica se pagarán una vez que se hayan acreditado fehacientemente los requisitos establecidos en sus disposiciones y, entre otros, contempla la vigencia del seguro.
3. De conformidad a lo preceptuado en el artículo 539 del Código de Comercio el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, pero el asegurador puede acreditar que ha sido causado por un accidente que no le constituye como

²²³ REVISTA DE SEGUROS N°123, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1999. Santiago, p. 7.

responsable de sus consecuencias, según la convención o la ley. A este respecto el artículo 707 del Código Civil establece que la buena fe se presume, excepto en los casos en que la ley establece una presunción en contrario; en todos los demás casos deberá probarse. Por su parte, el artículo 1459 de dicho cuerpo legal señala que el dolo no se presume sino en casos especialmente previstos por la ley, agregando que en los demás casos debe probarse.

De las disposiciones legales y reglamentarias precedentemente señaladas no se infiere que la ley haya entregado a Carabineros la facultad de determinar el tipo, gravedad o características de las lesiones que puedan afectar a una personas involucrada sino solamente recibir denuncias de los afectados o estamparlas de oficio.

Por consiguiente, en el caso en estudio tenemos que:

- a- Existe póliza del SOAP con cobertura al conductor del vehículo;
- b- Existe constancia de Carabineros con individualización del vehículo involucrado y la individualización de la persona que lo conducía;
- c- Existen certificados de médicos y del establecimiento hospitalario con detalle de los exámenes y radiografías efectuadas; y
- d- Existe reconocimiento de culpabilidad del conductor del vehículo asegurado.

Entonces, con el mérito de los antecedentes acompañados y disposiciones legales citadas, la negativa de la compañía a pagar las indemnizaciones no se encuentra ajustada a los términos de la ley sobre el SOAP. Situación que reviste mayor gravedad si se tiene en consideración lo preceptuado en el inciso primero

del artículo 10 de la Ley 18.490, ya que el asegurador puede recuperar lo pagado de quien sea civilmente responsable.²²⁴

1.3.60 Rechazo de gastos de enfermera particular durante la hospitalización. Oficio N°1103, de 21 de marzo de 1990.

Frente al reclamo interpuesto por la negativa de la compañía aseguradora a pagar por concepto indemnizatorio de la Ley 18.490 los gastos de enfermera particular por los cuidados de la menor accidentada en accidente de tránsito, pese a haber sido recomendada por el médico tratante y por la Clínica de la Mutual de Seguridad; se requirió información a la entidad aseguradora, quien argumentó lo siguiente:

- Dichos gastos no se encuentran cubiertos por la póliza, toda vez que la “atención completa de enfermería” se encuentra incluida en el valor que para los respectivos días-cama se consignan en el Arancel de la Ley 18.490, establecido por Resolución Exenta N°62, de 21 de Enero de 1986, por el Ministerio de Salud.
- La póliza contempla tres géneros de prestaciones: Hospitalización, por cuyos gastos en ningún caso puede reembolsar más de 3 UF por cada día de hospitalización; Medicamentos, cuyo reembolso no puede exceder el precio promedio habitual en el mercado y las “otras prestaciones de salud”, respecto de las cuales el reembolso “no podrá exceder el valor asignado para al respectiva prestación en el Arancel”.

Analizados los antecedentes aportados por las partes la Superintendencia, previo a resolver sobre el asunto, efectúa las siguientes consideraciones:

²²⁴ REVISTA DE SEGUROS N°85, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1989. Santiago, p. 49 y 50.

a- "Las indemnizaciones establecidas en la Ley 18.490 no pretenden en caso alguno pagar en su totalidad las atenciones hospitalarias que se prestan a las víctimas de un accidente de tránsito, sino que constituye solamente un mecanismo de ayuda inmediata que permite en parte importante costear los gastos correspondientes a la atención de la víctima y, es por esta razón que la ley, consciente de las limitaciones indemnizatorias establece que el pago de este seguro será compatible con cualquier otro de naturaleza voluntaria que exista para responder por los accidentes causados por el mismo vehículo, agregando, además, que el derecho que según esta ley corresponda a la víctima, a sus representantes legales o a sus beneficiarios, no afectará al que pueda tener según las normas del derecho común para perseguir las indemnizaciones de perjuicios de quien sea civilmente responsable del accidente, y que estos pagos se harán con preferencia a cualesquiera otros a que tenga derecho la víctima o asegurado por otros sistemas de seguro o previsión, los que concurrirán por la parte no pagada y hasta el monto efectivo de dichos gastos".

b- Por su parte, la Resolución Exenta N°62, de 20 de Enero de 1986, publicada en el Diario Oficial el 28 de Enero de 1986, que establece las normas técnico administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469, en la Modalidad Institucional, consigna en su número 5): "Corresponde el cobro día-cama cuando el beneficiario pernocte en el establecimiento asistencial. Los valores que para los respectivos día-cama se consignan, incluyen:

- i. Uso de catre clínico y respectiva ropa corriente de cama y el uso de todos los materiales y elementos de enfermería no descartables.
- ii. Alimentación de diaria ocurrencia.

- iii. Atención completa de enfermería, incluyendo curaciones, colocación de inyecciones, sondas, enemas y catete.
- iv. Suministro de fleboclisis, transfusiones de sangre y/o hemoderivados.
- v. Atención profesional por parte del médico residente, cuando corresponda”.

Finalmente, de acuerdo a las disposiciones legales y reglamentarias citadas, a juicio de la Superintendencia, el rechazo de los gastos ocasionados por la contratación de enfermera particular encontrándose la víctima internada en un establecimiento asistencial se encuentra ajustado a derecho.²²⁵

1.3.61 Reembolso de los gastos médico hospitalarios a Isapres, correspondientes a prestaciones dadas a las víctimas de accidentes de tránsito; sólo recuperan en participación con la víctima. Oficio N°4968, de 2 de Diciembre de 1992.

Negativa de una compañía aseguradora a reembolsar a una Isapre los gastos médico hospitalarios correspondiente a prestaciones dadas a las víctimas de un accidente de tránsito cubiertas por la póliza de materia, la Superintendencia solicita a dicha entidad que informe las razones por las cuales no se había procedido a reembolsar los gastos.

Respuesta de la Compañía: Es improcedente el reembolso de los gastos médico hospitalarios y farmacéuticos dado que el artículo 32 de la Ley 18.490 sólo autoriza efectuar pagos a los establecimientos que acrediten haber prestado el servicio en forma directa y que dentro de esto no se puede incluir el financiamiento de las prestaciones. Agrega que reembolsar a la Isapre sustraería del patrimonio del

²²⁵ REVISTA DE SEGUROS N°86, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1989. Santiago,. p. 41 y 42.

accidentado los beneficios establecidos por la ley sólo para él y que el reembolso constituiría una forma de distraer recursos.

La Superintendencia resuelve que no son procedentes los argumentos dados por la compañía, por cuanto:

1. En relación a la forma como las entidades previsionales pueden otorgar las prestaciones de salud, el legislador en el artículo 22 de la Ley 18933 ha determinado el alcance y forma como las instituciones de salud previsual pueden cumplir con el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, y en ese sentido nos encontraríamos frente a un término definido expresamente para esta materia. Si la ley ha contemplado la posibilidad de otorgar las prestaciones médicas mediante el financiamiento, no es lícito desconocerlo incluso respecto del seguro obligatorio.
2. Los derechos de los beneficiarios del SOAP no son irrenunciables, se pueden ceder o transferir porque de otro modo perjudicarían los intereses de los beneficiarios al limitar sus posibilidades de obtener una oportuna prestación de servicios médicos.
3. La ley en forma alguna ha excluido la posibilidad de que terceros puedan subrogarse por los pagos efectuados a favor de víctima de accidentes de tránsito, pues ello evidentemente facilita el cumplimiento de los fines de la ley y no significa un enriquecimiento sin causa para quien lo haga. Es más por esta vía se evita al beneficiario tener que desembolsar previamente un dinero que muchas veces le es escaso.
4. Cuando una Isapre cancela los gastos médicos de un beneficiario que no ha hecho efectiva la póliza, en principio, está pagando una deuda ajena y puede subrogarse y repetir en contra de la compañía aseguradora.

5. Sin perjuicio de lo anterior, atendido que la Isapre puede asimismo estar obligada con el beneficiario al reembolso de los gastos médicos y atendido lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 18.490, en el sentido que “las indemnizaciones se pagarán con preferencia de cualquiera otra que favorezca a las víctimas o a sus beneficiarios, en virtud de coberturas propias del sistema de seguridad social ...” es que las Isapres sólo podrán recuperar de este seguro en participación con la víctima de acuerdo a la proporción establecida en el contrato de salud previsional.²²⁶

1.3.62 Reembolso de los gastos médico hospitalarios a Isapres. Oficio N°3729, de 31 de Agosto de 1991.

Presentado reclamo de una Isapre por la negativa de la aseguradora a reembolsar los gastos médico hospitalarios y farmacéuticos por prestaciones dadas a las víctimas de accidentes de tránsito cubiertas por la póliza de materia, solicitando el reembolso de aquella parte de los gastos que bonificó a su afiliado y no por el total de lo debido, la Superintendencia pide información a la compañía involucrada.

La entidad aseguradora contesta señalando que no es procedente el reembolso en virtud de que el artículo 32 de la Ley 18.490 señala sólo como beneficiarios del seguro a la víctima, o en su defecto, las personas señaladas en el artículo 31 de la misma ley; y que, además, el artículo 33 indica que las coberturas propias de la seguridad social se pagan sólo en la parte no cubierta por el seguro de materia. Agregando, finalmente, que la Isapre reclamante no habría prestado directamente a la víctima los servicios cuyos gastos solicita reembolso y que, por tanto, no tendría derecho a éste.

²²⁶ REVISTA de Seguros de la Superintendencia de Valores y Seguros N°97, correspondiente al mes de Septiembre

La Superintendencia considera que la posición de la compañía es errada y que corresponde el reembolso que solicita la Isapre, para ello tuvo a la vista los antecedentes del caso, la Ley 18.490 y la Ley 18.933, que fija las normas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud por las Instituciones de Salud Previsional, estableciendo que éstas pueden cumplir con el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas.

“En consecuencia, en el evento de no haberse previamente pagado la indemnización del seguro, la Isapre tiene derecho, en participación con la víctima, de acuerdo a las proporciones establecidas en el contrato de salud previsional, al reembolso de valor de aquellas prestaciones efectuadas de acuerdo al arancel y valores de reembolso que contempla la póliza”.²²⁷

1.3.63 Renuncia de la solidaridad: Denuncio del siniestro simultáneamente en las compañías involucradas. Oficio N°1660, de 17 de Abril de 1991.

La Superintendencia informa que al haberse denunciado simultáneamente el siniestro en ambas compañías aseguradoras involucradas, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1516 del Código Civil, implica tácitamente una renuncia de la solidaridad legal establecida en el artículo 12 de la Ley 18.490, quedando obligada cada compañía al pago de su parte a prorrata.²²⁸

1.3.64 Responsabilidad Objetiva. Oficio N°526, de 15 de Febrero de 1993.

Teniendo presente lo dispuesto en los artículos 6°, 16, 24, 30 y 30 de la Ley 18.490, el pago de las indemnizaciones se hará sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias

del año 1992. Santiago, SIVS. p. 51 a 53.

²²⁷ REVISTA DE SEGUROS N°92, Superintendencia de Valores y Seguros, Junio del año 1991. Santiago, p. 28 y 29.

de muerte o lesiones que éste originó a la víctima. "De forma que para la víctima de un accidente no existe, de acuerdo al texto legal, una investigación previa de culpabilidad; no obstante lo anterior y con el objeto de evitar que las indemnizaciones fomenten fraudes o abusos, el legislador establece que el asegurador podrá recuperar lo pagado de quien sea civilmente responsable del accidente."²²⁹

1.3.65 Responsabilidad Objetiva, sin investigación previa de culpabilidad. Oficio N°495, de 15 de Febrero de 1989.

Recibida respuesta de la compañía, acompañada de informe del abogado, explicando y fundamentando las razones de la negativa de esa entidad para pagar las indemnizaciones establecidas en la Ley 18.490 a los beneficiarios del fallecido a consecuencia de las lesiones experimentadas al ser atropellado por un vehículo con cobertura.

Cabe señalar, en virtud de lo dispuesto en los artículos 5°, 6|, 10, 15 y 16 de la Ley citada, lo siguiente:

1° El pago de las indemnizaciones debe hacerse sin investigación previa de culpabilidad, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte o de lesiones que éste originó a la víctima.

“En el antiguo texto de la Ley en estudio, el riesgo cubierto era un hecho subjetivo, como era la responsabilidad civil del causante del accidente, en el actual sistema los riesgos cubiertos son la muerte o las lesiones corporales que sufran las personas a consecuencia de un accidente de tránsito, que constituyen hechos objetivos de fácil comprobación y que debe operar en forma automática una vez

²²⁸ REVISTA DE SEGUROS N°91, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1991. Santiago, p. 41.

²²⁹ REVISTA DE SEGUROS N°98, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1992. Santiago, p. 18 y 19.

acreditada la ocurrencia de la contingencia cubierta, independiente de la responsabilidad de la persona que sea causante del accidente que origina la muerte y las lesiones corporales”.

2° En la cobertura, las víctimas y sus beneficiarios tienen acción en contra del asegurador, no siéndoles oponibles las excepciones que éste pueda alegar contra el tomador del seguro que se basen en hechos o circunstancias imputables a este último.

3° El pago que se efectúe como consecuencia de este seguro no implica reconocimiento ni presunción de culpabilidad que pueda perjudicar al propietario o al conductor del vehículo asegurado, ni servirá como prueba en tal sentido en caso de ejecutarse acciones civiles o penales.

4° El asegurador que paga las indemnizaciones previstas en la ley en comento, podrá recuperar lo pagado de quien sea civilmente responsable del accidente, salvo que éste fuere el tomador del seguro. Contra este último podrá dirigirse, para repetir lo pagado bajo la cobertura de accidentes personales, cuando el accidente lo hubiera producido dolosamente.²³⁰

1.3.66 Seguro de transporte escolar se rige sólo por el seguro obligatorio establecido en la Ley 18.490. Oficio N°1063, de 22 de marzo de 1989.

En respuesta a consulta a este servicio sobre la promulgación de una nueva ley sobre seguro de transporte escolar, cumpla en informarle que después de que el artículo 13 de la Ley 18.679 derogó el DL 431, que regulaba el seguro de transporte escolar, no se ha dictado disposición legal alguna sobre esta materia,

²³⁰ REVISTA DE SEGUROS N°82, Superintendencia de Valores y Seguro, Diciembre del año 1988. Santiago, p. 58.

razón por la cual los transportistas escolares sólo están obligados a tomar el SOAP.²³¹

1.3.67 Servicios de Enfermería prestados a domicilio deben ser cubiertos..
Oficio N°4270, de 30 de Noviembre de 1989.

Presentado reclamo por un beneficiario del seguro ante la negativa de la aseguradora de reembolsar los servicios de enfermería prestados a domicilio que fueron requeridos por el médico tratante para la atención de quien sufrió lesiones de extrema gravedad con ocasión de un accidente de tránsito, fundamentando dicha negativa en que todos los gastos de hospitalización o de atención médica que no aparezcan en los Aranceles Fonasa y que, por tanto, no puedan ser codificados no se pagarán, concluyendo que, en definitiva, esta cobertura no alcanza a los servicios de enfermería prestados a domicilio.

La Superintendencia estima pertinente realiza las siguientes observaciones:

1. De acuerdo a lo establecido en el artículo 2° de las condiciones generales de la póliza el SOAP garantiza a las personas cubiertas las indemnizaciones que en dicho artículo señala, expresando en su letra d) “...

El artículo 8° de la póliza en comento en su letra c) exige que el origen directo y preciso de las prestaciones o gastos referidos en las letras anteriores fuere la atención, recuperación o rehabilitación de la salud del afectado y la letra a) de este artículo señala que sólo se reembolsarán las prestaciones de salud y gastos farmacéuticos que “fueron efectivamente” prestados al accidentado y que sean “razonablemente necesarias” para la atención, recuperación y rehabilitación de su salud.

²³¹ REVISTA DE SEGUROS N°82 Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1988. Santiago, p. 62.

2. La Ley 18.490, en su artículo 30 preceptúa que las indemnizaciones previstas en esta Ley se pagarán al beneficiario respectivo, dentro del plazo de los días siguientes a la presentación de los antecedentes, que a continuación se indican: “4. Comprobantes que acrediten el valor o precio de la atención, recuperación y rehabilitación médica y dental de cualquier orden, y de la farmacéutica a que haya debido someterse la víctima a consecuencia de las lesiones sufridas”.

3. Consecuente con lo anterior, si el médico tratante, en consideración a las lesiones experimentadas por la víctima, prescribe la necesidad de atención de servicios de enfermería, tal circunstancia se encontraría comprendida tanto en las condiciones generales de la póliza como en la Ley, que otorga cobertura a todas aquellas prestaciones y gastos directos que, con ocasión del accidente, debe afrontar la víctima y que son necesarias para la recuperación de la salud que fue afectada con el accidente de tránsito. “Dentro de este concepto también deben ser considerados los traslados del paciente, ya sea en ambulancia u otro medio de locomoción en los casos de tratamientos ambulatorios”; dichos gastos tienen como única limitación que no pueden ser superiores a 90 UF.

4. “No podría aceptarse como exclusión de responsabilidad de la entidad aseguradora la circunstancia de que dichos gastos no se encuentran incluidos en el Arancel de Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469, toda vez que el artículo 2º letra d) de la póliza en cuestión aduce que el asegurador pagará como única indemnización por los accidentes de tránsito “el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado” y, en el caso en estudio, los gastos correspondientes al pago de los servicios de enfermería han sido prescritos por el médico tratante y existe la factura de honorarios de la enfermera. De aceptarse el

criterio sustentado por la compañía para rechazar el pago podríamos llegar al contrasentido de rechazar toda atención domiciliaria de los pacientes, con lo cual se obligaría a que éstos permanecieran durante todo su tratamiento de absoluto reposo en el hospital”, aumentando el costo que toda entidad aseguradora debe pagar por dicho concepto.

5. Es efectivo que el límite máximo de la indemnización se encuentra establecido en la Ley, pero tal circunstancia no se contradice con lo dispuesto en la letra d) del artículo 2º de la póliza, que en su segundo párrafo se refiere a las prestaciones que se encuentran incluidas en el Arancel, pero no puede derivarse de su contenido la aseveración de que dentro del concepto de indemnización sólo se encuentran comprendidos los gastos a que se refiere el referido Arancel. De aceptarse tal interpretación restrictiva se estaría infringiendo el espíritu de la ley y por ende el hondo sentido social al otorgar al afectado la seguridad jurídico económica de ser efectiva y realmente indemnizado por los daños y perjuicios sufridos por un accidente de tránsito.

En consecuencia, en mérito de lo expuesto, disposiciones legales y contractuales citadas, a juicio de la Superintendencia el criterio sustentado por la compañía no se ajusta a las disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, el pago de los gastos de enfermería se encuentran cubiertos.²³²

1.3.68 Solicitud formal y por escrito reclamando indemnización. Oficio N°2915, de 9 de Julio de 1990.

Frente a reclamo interpuesto por una víctima por la supuesta negativa de la entidad aseguradora a indemnizar, este servicio inició una investigación solicitando información a la compañía involucrada, quien respondió que “no se

había presentado documento alguno que permita individualizar al fallecido y/o determinar a la persona del beneficiario.

La Superintendencia recomienda que se realice presentación formal y por escrito, con toda la documentación reunida, reclamando indemnización.²³³

1.3.69 Solidaridad. Oficio N°4527, de 26 de Diciembre de 1989.

En un caso en que en el accidente de tránsito se ven involucradas tres compañías aseguradoras, una de ellas requerida de pago por los beneficiarios del fallecido sólo paga un tercio de la indemnización que les corresponde, una vez efectuada la liquidación, amparándose en lo señalado en el inciso segundo del artículo 12 de la Ley 18.490; hecho que genera reclamo ante la Superintendencia, servicio que al ser consultado señala que es precisamente ese artículo el que establece la solidaridad.

“En efecto, una obligación es solidaria cuando el acreedor de la misma (víctima o beneficiario) puede demandar el total de lo adeudado a cualquiera de los deudores, si perjuicio de que después el deudor recupere lo pagado en exceso del resto de los deudores solidarios.

En consecuencia su compañía debería dar cabal, estricto y oportuno cumplimiento a la obligación que le impone la Ley 18.490, en orden a pagar el cien por ciento de dicha obligación al beneficiario de la misma”.²³⁴

1.3.70 Suicidio: Suficiencia del informe de Carabineros para suspender el pago de la indemnización. Oficio N°4288, de 18 de Octubre de 1991.

Se presenta reclamo por a negativa de la aseguradora a pagar indemnización por la muerte del padre del reclamante.

²³² REVISTA DE SEGUROS N°85, Superintendencia de Valores y Seguros, Diciembre del año 1989. Santiago, p. 51 y 52.

²³³ REVISTA DE SEGUROS N°88 Superintendencia de Valores y Seguro, Junio del año 1990. Santiago, p. 94.

Requerida de información, la entidad aseguradora responde que no se ha rechazado el siniestro sino que éste se encuentra pendiente dado que en el certificado de Carabineros se había consignado que su padre "sorpresivamente se lanzó a las ruedas traseras izquierdas del móvil, por lo cual se trataría de un suicidio" excluido de la póliza de seguro de materia, en virtud de lo cual la compañía estaría en espera de los antecedentes judiciales en que consten las circunstancias en que ocurrieron los hechos.

Analizados los antecedente reunidos, los artículos 34, letra e) de la Ley 18.490 y 6° de la póliza la Superintendencia estima que a compañía no ha incurrido en una arbitrariedad al suspender el pago, toda vez que al ser el suicidio una causal de exclusión debe acreditarse que el accidente no lo tuvo precisamente como causa.²³⁵

1.3.71 Tercero afectado. Oficio N°5426, de 22 de Enero de 1996.

En relación a reclamo interpuesto en contra de una compañía de seguros por la negativa de esta última a pagar las facturas, esta Superintendencia cumple con informar lo siguiente:

- a- El artículo 1° de la Ley 18.490 establece la obligación de que todo vehículo motorizado que para transitar por las vías públicas del territorio nacional requiera de un permiso de circulación, deberá estar asegurado contra el riesgo de accidentes personales a que se refiere esta ley.
- b- El artículo 24, inciso segundo, de dicha ley dispone que "el seguro cubrirá tanto al conductor como a las que estén siendo transportadas en él y cualesquier tercero afectado." Igual concepto emplea el artículo 1° de la póliza.

²³⁴ REVISTA DE SEGUROS N°88, Superintendencia de Valores y Seguro, Junio del año 1990. Santiago, p. 50 y 51.

²³⁵ REVISTA DE SEGUROS N°99, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1993. Santiago, p. 29 y 30.

c- De conformidad al Diccionario de la Lengua Española, entre otras definiciones, terceros es "persona que no es ninguna entre dos o más de quienes se trata o que interviene en un negocio de cualquier género", "que media entre dos o más personas para el ajuste o ejecución de una cosa buena o mala"; en suma, serán aquellas personas que no forman parte del contrato o situación.

"Al no definir la ley ni la póliza lo que se entiende por terceros afectados, de acuerdo a las definiciones transcritas en el párrafo anterior, el ámbito de aplicación del concepto sólo permitirá excluir a quienes, en conformidad a la ley, les concierne la obligación de disponer de este seguro para transitar por las vías públicas del territorio nacional, es decir, al propietario y/o conductor del vehículo motorizado."

Respecto de este último, el artículo 45 de la Ley 18.290 dispone que "los vehículos motorizados no podrán transitar sin y el certificado de seguro obligatorio de accidentes personales" y agrega que dicho certificado "deberá portarse siempre en el vehículo y encontrarse vigente"; y el número 29 del artículo 198 de la misma ley establece como infracción grave "no portar el certificado vigente de un seguro obligatorio de accidentes personales". Esta infracción la comete el conductor del vehículo, quien también incurre en infracción de lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 18.490, por tanto, si bien el conductor no es el obligado legalmente a la contratación del SOAP no puede sostenerse que esta obligación le sea ajena a su responsabilidad.

"Por tanto, en opinión de este servicio, la expresión 'tercero afectado' o 'tercero lesionado' a que alude el artículo 24 de la Ley 18.490 y el artículo 1° de la póliza no se extiende al conductor y/o propietario del vehículo que, en infracción a la ley de tránsito y a la ley del seguro obligatorio de accidentes personales,

conduce un vehículo sin la documentación legal correspondiente y resulta lesionado en un accidente en que participe también un vehículo que ha dado cumplimiento a las normas legales citadas. Con respecto a los pasajeros o personas transportadas en el vehículo infractor que resultaren lesionadas en el accidente, este servicio ha entendido que debe ser considerados como 'terceros afectados' y tendrán derecho a las indemnizaciones previstas en la Ley 18.490, los que deberán ser pagados por la compañía de seguros que cubra al otro vehículo motorizado que participó en el accidente."²³⁶

1.3.72 Terceros afectados. Oficio N°4919, de 26 de Noviembre de 1992.

Frente a consulta sobre si estaban las compañías aseguradoras a pagar indemnizaciones correspondientes a muerte, invalidez y gastos médicos de personas acaecidos en accidentes de tránsito que viajan en vehículos motorizados sin seguro vigente, cuando intervienen otros vehículos que están asegurados con la póliza de materia.

La Superintendencia responde que las entidades aseguradoras deben pagar las indemnizaciones correspondientes a las personas en los términos establecidos, por vía de interpretación administrativa efectuada en Oficio N°3094 de 17 de Junio de 1990, en el sentido que en accidentes en que participen dos o más vehículos motorizados, los conductores o personas transportadas en aquellos que no estén asegurados por el seguro de materia deben considerarse como terceros afectados no excluidos de la cobertura otorgada por las compañías aseguradoras de los demás vehículos.

²³⁶ REVISTA DE SEGUROS N°123, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1999. Santiago, p.23 y 24.

De persistir las compañías en no pagar dichas indemnizaciones, corresponde que las divergencias sean resueltas en conformidad al procedimiento arbitral contemplado en la póliza.²³⁷

1.3.73 Vehículos que no son considerados motorizados: Su conductor y sus transportados se consideran terceros afectados. Oficio N°4920, de 12 de Noviembre de 1991.

Este servicio informa que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 18.290 el vehículo motorizado se encuentra exento de obtener permiso de circulación para transitar y, por lo tanto, de obtener el seguro obligatorio; en cuyo caso debe entenderse que no sería un vehículo motorizado para los efectos de la Ley 18.490 y, en consecuencia, las personas que conduzcan el vehículo o sean en él transportadas, en caso de accidentes de tránsito, deben considerarse como terceros afectados para de los artículos 12, inciso segundo, y 24 de dicha ley.²³⁸

1.3.74 Venta por compañías de segundo grupo: Es posible. Oficio N°734, de 28 de Febrero de 1990.

Se solicita pronunciamiento de la Superintendencia respecto de la factibilidad de que las compañías de seguros de vida puedan vender el seguro obligatorio de accidentes personales causados por vehículos motorizados establecido en la Ley 18.490; quien a este respecto señala:

El seguro obligatorio establecido en dicha ley describe un a cobertura propia de las compañías del segundo grupo, luego de la modificación introducida al artículo 8° del DFL 251 por la Ley 18.600, de aquellos que también pueden ser

²³⁷ REVISTA DE SEGUROS N°97, de la Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1992. Santiago, p.

²³⁸ REVISTA DE SEGUROS N°99, Superintendencia de Valores y Seguros, Septiembre del año 1993. Santiago, p. 35.

cubiertos por las del primer grupo en virtud de lo dispuesto en el artículo 11 del mismo cuerpo legal.

Reafirma lo anterior el hecho de que el artículo 9° de la Ley 18.490 establezca que este seguro ‘se podrá contratar’, expresión facultativa y no imperativa. Además, las sucesivas modificaciones que ha tenido esta ley transformaron a este seguro en dos coberturas distintas con dos modelos de póliza distintos, uno para accidentes personales del Título I de la ley y otro de responsabilidad civil por los daños a vehículos de terceros regulado en el Título II.

En consecuencia, el SOAP se puede contratar por las compañía de uno y otro grupo.²³⁹

1.3.75 Vigencia de la póliza. Oficio N°1981, de 24 de Mayo de 1993.

Consultada acerca de qué compañía debía responder por la indemnización correspondiente a la muerte de un accidentado del tránsito, en atención a que la entidad aseguradora sostenía que sólo le correspondía cubrir los siniestros acaecidos a partir el 1 de Abril de 1993, a pesar de que la vigencia del certificado indicaba como fecha de inicio el día 1 de Marzo de 1993; la Superintendencia informa que celebrado un seguro obligatorio de accidentes personales rige por todo el plazo de vigencia señalado en el respectivo certificado y, por lo tanto, emitido el certificado de póliza con vigencia desde el día 1 de Marzo de 1993 hasta el día 31 de Marzo de 1994 debe cumplirse, sin admitir como excusa la existencia de un seguro anterior o alegar un error, atendiendo lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley 18.490.²⁴⁰

²³⁹ REVISTA DE SEGUROS N°86, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1990. Santiago, p. 39 y 40.

2 JURISPRUDENCIA DE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA

Como señalamos, si bien lo normal es que los afectados recurran a la Superintendencia; de acuerdo a lo establecido en el artículo 19 de la póliza, el tribunal de primera instancia se encuentra constituido por árbitros que las partes se obligan a designar con posterioridad a la celebración del contrato. Dadas las características de este tribunal que conoce y falla de acuerdo la prudencia y la equidad, sólo ciñéndose en el procedimiento a lo que las partes determinen o, en su defecto, a las reglas mínimas de procedimiento establecidas en el Código de Procedimiento Civil, la posibilidad de presentar recursos se encuentra restringida; por ello no es común que los tribunales superiores conozcan de estas materias.

Por esta razón no es fácil acceder a los fallos que sobre el SOAP existen, ya que a su respecto no existen catálogos compilatorios ni se informan a sus superiores jerárquicos, permaneciendo éstos sólo en poder de quien oficia de juez y de las partes.

Pese a esta dificultad, logramos conocer algunos fallos sobre esta materia u otras que se pueden relacionar con este seguro obligatorio, los que pasamos a resumir en orden alfabético de acuerdo a la frase por la cual se puede caracterizar la sentencia:

²⁴⁰ REVISTA DE SEGUROS N°99, Superintendencia de Valores y Seguros, Marzo del año 1993. Santiago, p. 11 y

2.1 Accidente personal. Árbitro Superintendencia de Valores y Seguros, sentencia dictada el 21 de Junio de 1955.

Debe entenderse por accidente todo suceso causado por medios externos, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito que afecte en su organismo al asegurado.²⁴¹

2.2 Carga de la prueba. El asegurador puede acreditar que ocurrió por un motivo que no le constituye en responsable según la convención o la ley. Árbitro Sr. Rodolfo Figueroa Figueroa, sentencia dictada el 27 de Julio de 1992.

El asegurado había contratado con la demandada un seguro contra accidentes personales equivalente a 20.000 U.F., dejando como beneficiarios a su cónyuge e hijos. A raíz de un accidente automovilístico fallece. Los liquidadores determinaron que debía rechazarse el reclamo de indemnización pues, de acuerdo a la póliza, se trataba de un caso excluido de cobertura por cuanto al momento de ocurrir el accidente éste manejaba a exceso de velocidad en una zona de curvas, no estaba atento a las normas de seguridad y conducía bajo la influencia del alcohol, según la alcoholemia practicada al momento de la autopsia. Por su parte, la demandante niega lo señalado por los liquidadores, poniendo en duda la alcoholemia practicada solicitando se condene a la demandada al pago del seguro automotriz más una indemnización de perjuicios materiales y morales por \$30.000.000.

Ante esta contienda el sentenciador señala que la discrepancia consiste sustancialmente en determinar si las circunstancias en que ocurrió el accidente autorizan a la demandada para liberarse del pago de la indemnización; agregando

12.

que, aún cuando el artículo 539 del Código de Comercio establece que el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, es una simple presunción legal que admite prueba en contrario. En virtud de ello, debe considerarse el certificado de alcoholemia, que arrojó como resultado que el asegurado había consumido alcohol, plena prueba; siendo del caso agregar que dicho informe de alcoholemia fue ratificado en autos por el médico que la practicó. Conjuntamente, de acuerdo a lo expuesto en autos debe concluirse que, además del estado de ebriedad, concurrió como motivo del accidente el exceso de velocidad con que el asegurado conducía su automóvil al momento del siniestro.

En mérito de lo expuesto rechazó la demanda, sin costas por estimar que la actora tuvo motivo plausible para litigar.²⁴²

2.3 Casos de exclusión: Carga de la prueba. Corte Suprema, sentencia dictada el 23 de Febrero de 1908.

Incumbe al asegurador probar que el siniestro ha tenido como causa una de aquellas expresamente excluidas de cobertura y para conseguirlo puede valerse de todos los medios probatorios, entre los cuales se encuentran las presunciones.²⁴³

2.4 Causalidad. Falta de relación de causa a efecto entre el accidente y la enfermedad desarrollada. Árbitro Superintendencia de Valores y Seguros, sentencia dictada el 10 de Enero de 1969.

No todas las condiciones, elementos indispensables para que ocurra un siniestro, tiene una equivalente causal, sino que es preciso reconocer entre ellas

²⁴¹ CONTRERAS STRAUCH, Osvaldo. *Op. Cit.* Tomo III, p. 793.

²⁴² *Ibid.*, Tomo III, p. 864 a 867.

²⁴³ *Ibid.*, Tomo I, p. 172.

una o más que son generalmente adecuadas para producir el siniestro concreto de que se trata, considerando un criterio de probabilidad.²⁴⁴

2.5 Concepto de Colisión. Árbitro Superintendencia de Valores y Seguros, sentencia dictada el 8 de Noviembre de 1940.

Según el Diccionario de la Lengua, la palabra "colisión" significa "choque de dos cosas entre sí", y el impacto de una muralla que cae encima de un automóvil es el choque de dos cosas entre sí, por lo cual debe estimarse como una colisión. No existe razón alguna para sostener que la colisión deba producirse por acción del automóvil afectado por el choque y no por el hecho de ser el automóvil afectado por el choque de otros objetos en movimiento o estacionarios, sea en este último evento que ellos derrumben por caso fortuito, imprudencia o cualquier otro motivo, como podría haber sido derribada por la acción de otro vehículo.²⁴⁵

2.6 Derecho de subrogación de la compañía aseguradora. Corte de Apelaciones de Pedro Aguirre Cerda, sentencia dictada el 3 de Noviembre de 1987.

Es titular de la acción de indemnización de perjuicios, derivada de un accidente de tránsito, la compañía de seguros que acredita haber cancelado al propietario del vehículo afectado los daños producidos por el siniestro, cuyo riesgo había asumido en virtud de un contrato de seguro, pues está haciendo uso del derecho que le otorga para este efecto el artículo 553 del Código de Comercio. Los sentenciadores haciendo uso de la facultad de apreciar en conciencia las pruebas rendidas, tienen por establecida la relación de causalidad entre la colisión indagada y los daños, como asimismo el monto de ellos y la titularidad de la acción que ha interpuesto la compañía aseguradora para obtener el resarcimiento de lo que ella

²⁴⁴ *Ibid.*, Tomo I, p. 159.

debió cancelar al asegurado para la reparación de los deterioros cuyo riesgo había asumido.²⁴⁶

2.7 Naturaleza del contrato: Seguro obligatorio. Árbitro Sr. Juan Achurra Larraín, sentencia dictada el 14 de Abril de 1993.

El contrato de seguro de invalidez y sobrevivencia es un seguro obligatorio, cuya cobertura está fijada en la ley y que por tanto no puede ser modificada por la A.F.P. contratante ni por el asegurador, y es, además, un contrato dirigido cuyas condiciones son fijadas por la Superintendencia de A.F.P. y de Seguros.²⁴⁷

2.8 Principio de Indemnización. Corte Suprema, sentencia dictada el 21 de Octubre de 1994.

El seguro es un contrato de mera indemnización que no puede ser jamás ocasión de ganancia para el asegurado, razón por la cual el asegurador no puede ser obligado a pagar sino el valor de la pérdida realmente experimentada por el asegurado; y por consiguiente, para la estimación de la pérdida sufrida debe tomarse como base el valor de los objetos asegurados al momento del siniestro.²⁴⁸

2.9 Principio indemnizatorio en los seguros de personas. Árbitro Sr. Raúl Varela Morgan, sentencia dictada el 25 de Abril de 1994.

La norma del artículo 577 del Código de Comercio, que permite a las partes fijar libremente de antemano el monto que el asegurador debe pagar al asegurado o a los beneficiarios, sin que sea necesario acreditar el monto de los perjuicios efectivamente sufridos y sin que el asegurador pueda alegar que no ha habido perjuicio o que los perjuicios son menores, puede conciliarse con el carácter indemnizatorio del contrato de seguro, entendiendo que la cantidad asegurada

²⁴⁵ *Ibid.*, Tomo I, p. 271 y 728 a 730.

²⁴⁶ *Ibid.*, Tomo III, p. 1202 y 1203.

²⁴⁷ *Ibid.*, Tomo III, p. 922 a 926.

constituye una evaluación anticipada de los perjuicios, tal como en el caso de la cláusula penal. Es decir, el principio indemnizatorio se aplica en los seguros de personas de un modo diferente al que procede en los seguros de daños, pues, mientras en el primero se permite una estimación convencional y anticipada de los perjuicios, en los daños sólo son indemnizables los perjuicios efectivamente ocurridos.²⁴⁹

²⁴⁸ *Ibid.*, Tomo I, p. 90.

²⁴⁹ *Ibid.*, Tomo III, p. 897 a 900.

CONCLUSIONES

Al plantearnos el análisis de esta cobertura obligatoria sobre todo vehículo motorizado para transitar por el territorio nacional, iniciamos nuestro trabajo sobre la base de que el SOAP no proporcionaba el amparo necesario a las víctimas de accidentes de tránsito sino que más bien y, contrariando el espíritu del legislador, era un muy buen negocio para las aseguradoras. Fundábamos esta apreciación en la constatación de que las primas desde la fecha de vigencia de la Ley 18.490 a la fecha año tras año, invariablemente, habían bajado; así como también en la baja tasa de cobrabilidad de los siniestros; y, finalmente, en la percepción social de que éste no era un seguro eficaz. Para ello nos preguntamos quien, efectivamente, sería el beneficiado con este tipo de seguro, pues si reconocíamos que se trataba de un seguro de índole social y concluíamos, al finalizar nuestra obra, que dicho fin no se lograba con el mecanismo del SOAP; entonces, no se justificaba su existencia convirtiéndose simplemente en un negocio lucrativo para quienes constituyen la parte "fuerte" en este tipo de relaciones contractuales, obligando a su contratación a los más "débiles" sin que obtengan mayores beneficios y debiendo soportar una carga económica sin fundamento.

Planteamos nuestra hipótesis dentro de un contexto histórico y legal determinado que, posteriormente, a fines de 1999, fue fuertemente modificado mediante la promulgación de una serie de normas que alteraron de tal forma el campo a investigar que nos vimos en la necesidad de replantear nuestro enfoque,

permitiéndonos abordar el tema desde una perspectiva más amplia y desprejuiciada.

Teniendo a la vista que el objetivo social inspirador de este seguro es la reparación de las consecuencias dañosas que los accidentes de tránsito provocan sobre la vida y salud de las víctimas de éstos, procedimos a analizar las características de este seguro; su evolución con énfasis especial en las modificaciones realizadas a la Ley N°18.490 vigente y su operatividad, en íntima relación con la jurisprudencia administrativa y de tribunales; develando las virtudes y falencias que dan forma a el tantas veces cuestionado sistema del SOAP.

El proceso antes descrito nos ha permitido arribar a una serie de conclusiones, que expondremos a continuación. Éstas, dando cuenta de nuestra premisa inicial, se pueden resumir diciendo que el sistema del SOAP constituye un valioso aporte a la legislación social del país que, aún siendo perfectible, ha logrado cumplir mayormente la finalidad para el cual fue concebido, haciéndose cargo de un problema social derivado del desarrollo y modernización del país que, de otro modo, ocasionaría graves repercusiones en la economía nacional; y que, desde una perspectiva práctica, ha funcionado satisfactoriamente en términos tales que la mayor parte de los vehículos del país cuenta con esta cobertura y que las compañías aseguradoras habitualmente pagan los siniestros cubiertos por este seguro.

En primer lugar, la Ley N°18490 establece un sistema ingenioso, novedoso y bien intencionado para la protección de los accidentados del tránsito; el cual, pese a no solucionar cabalmente problema social que lo fundamenta, ha significado un

notable adelanto en la materia; particularmente, en cuanto al alcance de su cobertura y al mecanismo de su cobro. Entre sus más importantes virtudes destacamos las siguientes:

- Establece un sistema de responsabilidad objetivo evitando la instancia judicial de determinación de culpabilidad previa para su aplicación; lo anterior, presenta la ventaja de no necesitar establecer vinculación alguna entre el autor del daño y la víctima para poder hacer efectivo el seguro.
- Contempla un procedimiento de cobro y de pago de las indemnizaciones íntegramente regulado en la ley y la póliza, contemplando plazo fatales y cortos que permiten una ágil solución de los requerimientos de los interesados.
- Señala la existencia de un órgano fiscalizador que en caso de inobservancia de los procedimientos establecidos por la ley y el contrato se encuentra facultada para investigar y sancionar, si corresponde, a las entidades aseguradoras y a los auxiliares del comercio de seguros que infrinjan en sus actuaciones la reglamentación existente.
- Crea una acción directa de los beneficiarios contra la compañía aseguradora para el cobro de las indemnizaciones. Este es el único seguro en Chile que contempla una acción directa para las víctimas o sus beneficiarios en contra de las compañías; quienes sin ser parte original del contrato, por un hecho sobreviniente, pasan a tener la calidad de beneficiarios.
- Instituye una amplia cobertura respecto de los sujetos protegidos, abarcando a toda persona transportada en un vehículo asegurado (conductor, pasajeros y quienes se encuentren prestando servicios) y a todo tercero (todos aquellos que no se encuentren en el interior del vehículo asegurado); sin considerar si los vehículos que han intervenido están destinados a la locomoción colectiva o particular. Con

esto, se ha dejado atrás coberturas específicas para los distintos tipos de vehículos que provocaban desigualdades para los propios afectados que no tenían razón de ser.

- Determina montos de indemnización de acuerdo a reglas claramente establecidas, otorgando certeza en cuanto a los derechos y prestaciones que corresponden a cada persona.

- Los resultados son determinados y calificados por el médico tratante de la víctima, sin perjuicio del derecho de la compañía aseguradora, en caso de discrepancia, de impugnar tal determinación. Cabe destacar que esta impugnación debe ser fundada en elementos técnicos proporcionados por especialistas que, para dichos efectos, haya designado el asegurador.

- Reconociendo que las indemnizaciones establecidas en la ley no solucionan necesariamente las consecuencias dañosas derivadas de un accidente de tránsito, establece que el pago de estas indemnizaciones es compatible con cualquier otro seguro de naturaleza voluntaria u obligatorio que cubra el mismo riesgo; que el derecho de las víctimas o de sus beneficiarios no afecta las acciones que puedan seguir en contra de las personas civilmente responsables; y que, el pago en virtud de este seguro se debe realizar con preferencia a cualquier otro a que tenga derecho el accidentado o sus beneficiarios en virtud de otros sistemas de seguro o de previsión, lo que sólo concurren subsidiariamente en la parte no pagada por aquél.

En segundo lugar, constatamos que en el último tiempo y a consecuencia de las modificaciones realizadas, principalmente por la vía de la reglamentación administrativa, se han logrado significativos avances en esta materia. Estas

modificaciones han acogido las críticas formuladas por los usuarios del sistema, traduciéndose en los siguientes mejoramientos:

- Elaboración del concepto de 'tercero lesionado' de forma tal de incorporar incluso a quienes, siendo víctimas de accidentes de tránsito, estén siendo transportadas por un vehículo sin cobertura, dejando claramente establecido que, para la aplicación de este seguro, basta la intervención de un vehículo con SOAP vigente. De este manera, se subsanó, por la vía reglamentaria, una de las más importantes omisiones contenidas en la Ley.
- Elaboración del concepto de 'gastos médicos'. El artículo 25 de la Ley N°18.490 en su numeral cuarto establece indemnizaciones por concepto de "gastos de hospitalización o de atención médica, quirúrgica y farmacéutica", sin indicar la extensión de cada uno de estos conceptos. Mediante la nueva póliza se acuña el concepto de 'gasto médico', el cual detalla las prestaciones incluidas en el referido concepto; así, comprende "la atención prehospitalaria y el transporte sanitario, la hospitalización, la atención médica y quirúrgica, los gastos farmacéuticos y los gastos por concepto de rehabilitación de las víctimas".

Con anterioridad a la elaboración de este concepto se habían planteado discrepancias sobre las materias comprendidas como gastos de hospitalización y de atención médica, quirúrgica y farmacéutica, pues las compañías aseguradoras les daban un sentido más bien restringido y los beneficiarios, por su parte, sostenían la amplitud de estas prestaciones. Gracias a la elaboración del antes referido concepto de 'gasto médico' se han incluido expresamente servicios necesarios tales como la atención prehospitalaria y el transporte; así como también, los gastos de rehabilitación de las víctima; teniendo esto último una gran relevancia social, en cuanto necesidad imperiosa de reinsertar a las víctimas a su vida normal.

Lo relevante en este punto resulta de la inclusión de gastos por prestaciones antes excluidas de cobertura como la atención dental, las intervenciones quirúrgicas, prótesis, neurocirugía, neurología, ortopedia e insumos.

De la misma forma, establece claramente qué prestaciones quedarían afectas a montos distintos de cobertura con límites claros en cuanto a sus montos, enumerados exhaustivamente en la letra d) del artículo 2° de la póliza.

- Para el ejercicio del derecho, que asiste al asegurador, de examinar a la víctima se establecen las condiciones en que este derecho debe ser ejercido, indicando que debe realizarse en lugares apropiados y aptos para tales efectos; pudiendo la víctima, en caso contrario, negarse válidamente a la realización de dichos exámenes.

- El artículo 29 de la Ley permitía al asegurador librarse del pago de la correspondiente indemnización en el evento que la persona lesionada se negara a someterse a los exámenes mencionados en el párrafo anterior. En este sentido constituye un importante avance en la materia lo establecido en el inciso final del artículo 7° de la póliza al señalar que dicha consecuencia (no pago de la correspondiente indemnización por parte del asegurador) sólo tendría lugar en el evento que la antes mencionada negativa fuera "injustificada", precaviendo de mejor modo los derechos de los asegurados.

- Conforme a lo dispuesto por la ley antes citada el pago de las indemnizaciones en caso de muerte de la víctima se haría conforme al orden de prelación establecido en dicho cuerpo legal a quien acreditara ser beneficiario, conforme a dichas normas. La anterior póliza contenida en la circular N°581, a su vez, señalaba que la aseguradora quedaba liberada de toda responsabilidad si pagaba en estos casos la indemnización a cualquiera de estas personas, siempre

que con anterioridad no se hubieran presentado beneficiarios con mejor derecho. Esto representó un grave problema pues se dieron situaciones de abuso en que personas del último orden obtuvieron las indemnizaciones pese a existir beneficiarios de ordenes anteriores.

Recogiendo esta falencia, la Circular n°1462, de 28 de Diciembre de 1999 contempla en su artículo 6° la obligación del solicitante de acreditar la inexistencia de beneficiarios con mayor prioridad que él para el pago del seguro, de acuerdo con el orden de precedencia estipulado.

- En cuanto a las normas de prescripción de las acciones para perseguir el cobro de la indemnización provenientes de la póliza del SOAP, zanjando las dudas que en cuanto a la materia existían, la circular 1462 realiza las siguientes precisiones :

. Señala que, el plazo de un año debe ser contado desde la fecha del accidente o de la muerte; sin perjuicio que para el caso de incapacidades permanentes éste empieza a correr desde la fecha del certificado del médico tratante que, en todo caso, no puede presentarse luego de dos años desde la fecha del accidente.

. Contempla la interrupción natural de la prescripción mediante el acto de entrega a la compañía aseguradora de los antecedentes justificativos del pago, aunque en su presentación se hubieran omitido alguno de los antecedentes señalados en los artículos 6°, 7° y 8 ° de la póliza.

- La póliza derogada en el mes de Diciembre de 1999 establecía una serie de obligaciones, bajo el título de obligaciones del asegurado, para luego referirse a obligaciones que más bien eran propias del tomador del seguro, del propietario y del conductor del vehículo induciendo a errores respecto de la persona obligada. Señalaba dicha póliza que el incumplimiento de cualquiera de esas ocho

obligaciones (contenidas en el artículo 13) permitían al asegurador solicitar el término anticipado del contrato e indemnización de perjuicios.

Constándose que esta excesiva reglamentación hacía más engorrosa la aplicación de este seguro, al mismo tiempo que llevaba a confusiones en cuanto a la persona obligada, la autoridad administrativa modificó el mencionado artículo 13 de la póliza disminuyendo y simplificando a sólo tres las obligaciones que autorizan al asegurador a solicitar el término anticipado del contrato.

Sin perjuicio de las virtudes señaladas en los párrafos anteriores y del esfuerzo de las autoridades por mejorar este seguro, aún existen deficiencias en el sistema de SOAP que deben ser solucionadas. Estas imperfecciones impiden el pago oportuno y rápido de las prestaciones correspondientes, las que se entran por los requisitos exigidos a los beneficiarios para cobrarlos, así como también por la acción de las aseguradoras que, apoyándose en las causales de exclusión contempladas en la ley y en sus facultades para impugnar las calificaciones de las lesiones retardan los pagos de las indemnizaciones. Además, la falta de conocimiento por parte de los usuarios del seguro de sus facultades y derechos ha restado gran parte de efectividad al sistema.

- El mayor problema que constatamos en la aplicación de este seguro se encontraba y se encuentra en la falta de conocimiento de éste por parte de los usuarios, lo que se traduce en que las personas o no hacen uso del SOAP o contratan seguros sobre el mismo riesgo cubierto.

Ello, principalmente, debido a la circunstancia que, por ley, el asegurador solamente está obligado a entregar un certificado del SOAP, documento que, para todos los efectos legales, hace las veces de póliza. Este certificado, cuya forma y

contenido es determinada por la Superintendencia, no contiene sino los datos que identifican al automóvil con cobertura, a la compañía aseguradora y la vigencia del seguro, sin proporcionar información sobre las acciones, derechos, obligaciones y procedimientos que competen a los usuarios y, menos aún, se refiere a el contenido del contrato de seguro.

Como hemos señalado a lo largo de nuestro trabajo, nos parece una situación grave y carente de fundamento la circunstancia de que una de las partes contratantes no posea copia del contrato, transgrediendo, al mismo tiempo, la práctica habitual entre agentes económicos. Además, dada la característica especial de este contrato en que la persona del asegurado es indeterminada al momento de convenir, surge como una necesidad imperiosa poner en conocimiento no sólo de las partes sino que de la población en general el contenido de la póliza de este seguro.

Creemos que para solucionar este problema lo mejor sería publicar el modelo de póliza a través de un medio de comunicación masivo que, debido a la época en que se realiza la renovación de estos contratos (coincidente con la época de renovación de los permisos de circulación) debiera publicarse conjuntamente con aquellos. Siendo este un seguro social dicho gasto de publicación correspondería ser asumido por el Estado, en un gesto mínimo de acción por parte de este ente que demuestre que es más que un mero regulador de sucesos.

- Conforme a lo dispuesto por la ley, el pago de las indemnizaciones se debe realizar sin investigación previa sobre culpabilidad, "bastando la sola comprobación del accidentes y de sus consecuencias de muerte o lesiones" (artículo 6° de la Ley 18.490). Pese a ello, las compañías aseguradoras se han valido de dos recursos para retardar y evitar los pagos de las indemnizaciones a

que se encuentran obligadas; uno de ellos, constituido por la imputación excesiva de los accidentes de tránsito como siniestros excluidos de cobertura del artículo 34 de la Ley 18.490, particularmente como caso fortuito completamente ajeno a la circulación; y otro, por la vía de la impugnación de la calificación de las lesiones dictaminada por el médico tratante.

Sobre estas controversias la Superintendencia ha resuelto, cada vez que ha sido requerida, la manera como debe interpretarse lo dispuesto en la ley. Sin embargo, esta solución presenta la desventaja de que sólo es conocida a petición de parte. Simultáneamente, sus resoluciones solamente producen efectos entre las partes, lo que significa que debe resolverse caso a caso sin poder establecer criterios permanentes para situaciones similares.

Es de toda necesidad dar consagración legal a los criterios, conceptos y soluciones proporcionadas por la Superintendencia por la vía de sus dictámenes, oficios y circulares, otorgando a los interesados criterios definidos sobre esta materia.

- Un problema sin solución continúa siendo la situación en que quedan las víctimas de accidentes de tránsito en aquellos casos en que se desconocen los datos que permitan individualizar a él o los vehículos intervinientes, especialmente los casos de atropellos de peatones (hit and run). A falta de determinación de algún vehículo participante quedan excluidos de cobertura del SOAP, debiendo las víctimas solventar por sí solas los efectos dañosos provenientes del accidente.

En la misma situación quedan aquellas personas lesionadas o muertas en accidentes de tránsito en que ninguno de los vehículos intervinientes cuenta con SOAP vigente o sencillamente no se encuentran asegurados.

A este respecto quisiéramos señalar que, aún cuando el Fondo Nacional de Indemnización de Accidentes de Tránsito contemplado en el proyecto de la Ley 18.490, no haya podido materializarse, el Estado no puede excusarse de buscar una solución alternativa que sí sea factible de implementar y que proporcione solución a este problema., pues de nada sirve crear un seguro social que sólo opere parcialmente.

- Asimismo, tampoco contempla solución a la situación en que quedarían aquellos sujetos que, obligados a contratar este seguro, no encuentren aseguradores dispuestos a contratar con ellos. No es difícil imaginar esta hipótesis si se piensa que es un contrato entre privados en que sólo uno de ellos es compelido a celebrarlo y que, siendo esta una actividad regida por las normas generales de seguros utiliza tasas de riesgo y siniestralidad que determinan el monto de la prima a cobrar y la posibilidad, al término de la vigencia del contrato anterior, de la cancelación del seguro por parte de las compañías aseguradoras si lo estiman conveniente a sus intereses. En este caso, el sujeto impedido de cumplir esta obligación legal, contra su voluntad, de acuerdo a lo prescrito en la Ley 18.490 arriesga sanciones de multas y tendrá la certeza de que su vehículo será retirado de circulación si es sorprendido manejándolo.

Lo anterior constituye una injusticia, que debiera ser reparada por el legislador estableciéndose que las compañías aseguradoras, una vez requeridas por el tomador (quien previamente ha aceptado el monto de la prima fijado por la misma aseguradora) se encuentran compelidas a contratar, bajo sanción de multa.

- Un último problema, insinuado a lo largo de nuestro trabajo, dice relación con la técnica utilizada para introducir las mejoras al sistema establecido en la Ley 18.490. En términos generales, prácticamente todas las modificaciones

realizadas a este sistema desde la promulgación de la Ley solamente se encuentran consagradas a nivel reglamentario, contenidas en oficios y circulares dictados por la Superintendencia de Valores y Seguros; siendo necesario, a objeto de dar mayor seguridad y estabilidad a el sistema el reconocimiento a nivel legal de aquellas consideradas fundamentales.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. ALESSANDRI Rodríguez, Arturo. De la responsabilidad extracontractual en el derecho civil chileno. Santiago, Ediar Editores, 1983.
2. ALLEN, Francis T. Principios Generales de los Seguros. Traducción de Teodoro Ortiz. 2ª edición. México, Fondo de Cultura Económica, 1955.
3. BAEZA Pinto, Sergio. El seguro. Edición actualizada por Juan Achurra Larraín. 3ª edición. Santiago, Editorial Jurídica, 1981.
4. BIBLIOTECA del Congreso Nacional. Historia de la ley, Ley 18.490. Vols. I al III. Santiago, Biblioteca Nacional.
5. CALABRESI, Guido. El coste de los accidentes. Análisis económico y jurídico de la responsabilidad civil. Barcelona, Editorial Ariel, 1984.
6. CONTRERAS Strauch, Osvaldo. Jurisprudencia sobre seguros. Recopilación y análisis. Santiago, Editorial Jurídica, 1999.
7. CONTRERAS Strauch, Osvaldo, Gómez Balmaceda, Rafael y otros. Aspectos jurisdiccionales del seguro. Santiago, Asociación de Aseguradores de Chile, 1998.
8. LÓPEZ Santa María, Jorge. Los Contratos, Parte General, 2ª edición. Santiago, Editorial Jurídica, 1998.

9. MÁRMOL Marquis, Hugo. El seguro de vida. Caracas, Colección tesis de doctorado Facultad de Derecho de la Universidad Central de Venezuela, 1964.
10. MEZA Barros, Ramón. Manual de derecho civil. De las fuentes de la obligaciones. 6ª edición, Santiago, Editorial Jurídica, 1979.
11. OSSA G., J. Efraín. Teoría general del seguro, la institución. Vol I. 1984 - 1988.
12. POLITOFF, Sergio; Grisolia, Francisco y Bustos, Juan. Derecho penal chileno. Parte especial. Santiago, Editorial Jurídica, 1993.
13. PRIETO Bafalluy, Alfredo. El seguro de responsabilidad civil por daños causados a terceros en accidentes de tránsito. Santiago, Editorial Jurídica, 1969.
14. RODRÍGUEZ Grez, Pablo. Responsabilidad extracontractual. Santiago, Editorial Jurídica, 1999.
15. SANDOVAL López, Ricardo. Manual de derecho comercial. 3ª edición, Santiago, Editorial Jurídica, 1990.
16. VODANOVIC H., Antonio. Accidentes del tránsito, jurisprudencia y explicaciones por orden alfabético de materias sobre infracción, responsabilidad penal, indemnización y otros temas relativos a vehículos motorizados. Santiago, Ediar Editores, 1983.
17. VODANOVIC H. Antonio. Derecho y Jurisprudencia del tránsito y de los vehículos motorizados. Santiago, Editorial Conosur, 1994.
18. CHILE. Código Civil. 10ª edición. Santiago. Editorial Jurídica, 1990.
19. CHILE. Código de Comercio. 12ª edición. Editorial Jurídica, 1993.

REVISTAS

20. REVISTA de seguros. Santiago, Superintendencia de Valores y Seguros. Publicación mensual, 63 - 123. 1984 - 1999.

MEMORIAS

21. BAEZA Pinto, Sergio. El seguro de accidentes personales. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Santiago, Universidad de Chile, 1943.
22. BRAVO MILLACURA, María V. Seguro Automotriz. Seminario de titulación para optar al grado de licenciada en ciencias jurídicas y sociales. Concepción, Universidad de Concepción, 1998.
23. CONTARDO González, Eduardo J. El seguro obligatorio de accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Valparaíso, Universidad Católica de Valparaíso, 1993.
24. EKDAHL Puelma, Guillermo A. La responsabilidad civil por el uso de vehículos a motor en la legislación comparada. Procesamiento de la jurisprudencia nacional en causas por accidentes del tránsito. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Santiago, Universidad de Chile, 1973.

25. HOYOS Henreschn, Francisco. Algunas consideraciones sobre los seguros privados y especialmente de la culpa y el dolo en ellos. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Santiago, Universidad de Chile, 1944.
26. MONTIGLIO Eduardo. El seguro de accidentes de pasajeros y peatones de la locomoción colectiva.. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Valparaíso, Universidad Católica de Valparaíso, 1970.
27. SALINAS Ugarte, Gastón. El seguro de responsabilidad civil y la acción directa. Memoria para optar al grado de magister en derecho con mención en derecho privado. Santiago, Universidad de Chile, Escuela de Graduados, 1999.
28. ZALDIVAR Ovalle, Gonzalo. El seguro de responsabilidad civil. Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Santiago, Universidad de Chile, 1987.

LEYES Y REGLAMENTOS

29. CIRCULAR N°651. Situación tributaria del seguro automotriz obligatorio. Superintendencia de Valores y Seguros, 15 de Septiembre de 1986.
30. CIRCULAR N°652. Establece normas respecto del seguro obligatorio de accidentes personales establecido en la Ley 18.490 de 1986. Deroga Circular N°600, de 6 de Marzo de 1986 y Oficio N°1043, de 7 de Abril de 1986. Superintendencia de Valores y Seguros, 29 de Septiembre de 1986.

31. CIRCULAR N°659. Liquidación de seguros obligatorios de accidentes personales de la Ley 18.490. Superintendencia de Valores y Seguros, 21 de Octubre de 1986.
32. CIRCULAR N°666. Información a enviar al Registro de vehículos Motorizado, artículo 18 de la Ley 18.490. Reemplaza Circular N°594, del 20 de Febrero de 1986. Superintendencia de Valores y Seguros, 26 de Noviembre de 1986.
33. CIRCULAR N°671. Seguro obligatorio de accidentes personales, ley 18.490. Superintendencia de Valores y Seguros, 19 de Diciembre de 1986.
34. CIRCULAR N°1147. Instrucción sobre término de vigencia del seguro obligatorio de accidentes personales de la Ley 18.490, para vehículos nuevos. Superintendencia de Valores y Seguros, 17 de Enero de 1994.
35. CIRCULAR N°1459. Imparte normas sobre certificado del seguro obligatorio de la Ley 18.490. Deroga Circular N°918, de 4 de Enero de 1990. Superintendencia de Valores y Seguros, 3 de Diciembre de 1999.
36. CIRCULAR N°1462. Aprueba modelo de póliza del seguro obligatorio de accidentes personales causados por vehículos motorizados. Superintendencia de Valores y Seguros, 28 de Diciembre de 1999.
37. D.F.L. 251, Sobre compañías de seguros, sociedades anónimas y bolsas de comercio. Publicado en Diario Oficial de 22 de Mayo de 1931.
38. D.L. 3538, Crea la Superintendencia de Valores y Seguros. Publicado en Diario Oficial de 23 de Diciembre de 1980.
39. LEY 18.490, Establece el seguro obligatorio de accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados. Publicada en Diario de 4 de Enero de 1986.

40. LEY 18.290, Fija la Ley del tránsito. Publicada en Diario Oficial de 7 de Enero de 1984.
41. NORMA de carácter general N°49. Establece normas relativas a la contratación directa de seguros por las compañías de seguros o a través de agentes de ventas. Superintendencia de Valores y Seguros, dictada el 9 de Septiembre de 1994.

GLOSARIO

Art.	:	Artículo.
CC	:	Código Civil.
CCom	:	Código de Comercio.
CORFO	:	Corporación de Fomento de la Producción y Comercio.
DFL	:	Decreto con Fuerza de Ley.
DL	:	Decreto Ley.
DO	:	Diario Oficial.
DS	:	Decreto Supremo.
FONASA	:	Fondo Nacional de Salud.
H	:	Honorable
ISE	:	Instituto de Seguridad del Estado.
Nº	:	Número.
Pags.	:	Páginas.
Sgtes.	:	Siguientes.
SII	:	Servicio de Impuestos Internos.
SOAP	:	Seguros de accidentes personales causados por la circulación de vehículos motorizados.
Superintendencia	:	Superintendencia de Valores y Seguros.
SVS	:	Superintendencia de Valores y Seguros.
UF	:	Unidad de Fomento.
V.gr	:	Verbigracia.

INDICE

Introducción	i
Capítulo I Desarrollo del Seguro Obligatorio	1
1 Marco Conceptual del Seguro Obligatorio	1
1.1 Contrato, concepto y naturaleza	1
1.2 Tipos de contrato	2
1.2.1 Contrato de adhesión	3
1.2.2 Soluciones a los inconvenientes de la adhesión	5
1.2.3 Contrato dirigido	8
1.2.4 El contrato forzoso	9
1.2.5 Supremacía de la obligación sobre la obligación legal	12
1.3 Contrato de seguro, concepto, naturaleza	14
1.3.1 Contrato de seguro	14
1.3.2 Caracteres jurídicos	16
1.3.3 Principios jurídicos	18
1.4 Contrato de seguro como contrato obligatorio	22
2 Ordenamiento Jurídico del Seguro en Chile	24
3 Desarrollo del SOAP en la Legislación Nacional	25
3.1 Seguro obligatorio de la locomoción colectiva	25
3.1.1 DS N°188 del Ministerio de Economía	26
3.1.2 Ley N°16.426	26
3.1.3 DS N°1582 del Ministerio de Hacienda	27
3.1.4 Ley N°16.582	28

3.1.5	DS N°1130 del Ministerio de Hacienda	28
3.2	Seguro obligatorio de responsabilidad	29
3.3	Seguro obligatorio de pasajeros de servicios especiales de la la locomoción colectiva	32
3.4	Seguro obligatorio de responsabilidad civil - DL N°3252	32
3.4.1	DL N°3558	33
3.4.2	DFL N°151	34
3.4.3	Ley N°18.382	35
3.4.4	Ley N°18.396	36
Capítulo II	Desarrollo del Sistema Vigente del SOAP	39
1	Génesis de la Ley N°18.490	39
1.1	Proyecto de ley	39
1.1.1	Mensaje del ejecutivo	39
1.1.2	Informe técnico	41
1.1.3	Ideas matrices, objetivos relevantes	42
1.2	Comisión conjunta	45
1.2.1	Conformación	45
1.2.2	Discusión e indicaciones relevantes	46
1.2.3	Informe de la comisión	47
1.2.4	Proyecto de la comisión, diferencias con el proyecto original	48
1.3	Texto definitivo	52
1.3.1	Título preliminar	53
1.3.2	Título primero	53
1.3.3	Título segundo	53
1.3.4	Título tercero	54

2	Modificaciones a la Ley N°18.490	55
2.1	Problemas de la Ley N°18.490	55
2.2	Modificaciones propiamente tales	56
2.2.1	Ley N°18.679	57
2.2.2	Ley N°18.681	58
2.2.3	Ley N°18.899	59
2.2.4	Ley N°19.050	60
2.3	Modificaciones por la Superintendencia	60
2.3.1	Circular N°651	61
2.3.2	Circular N°652	62
2.3.4	Circular N°666	63
2.3.5	Circular N°671	63
2.3.6	Circular N°1147	64
2.3.7	Norma de carácter general N°49	65
2.3.8	Circular N°1459	66
2.3.9	Circular N°1462	66
Capítulo III	El Seguro Obligatorio de Accidentes Personales	71
1	Definición	71
2	Objetivo	71
3	Características	73
3.1	Contrato bilateral	73
3.2	Contrato solemne	74
3.3	Contrato oneroso y conmutativo	74
3.4	Contrato principal	75
3.5	Contrato puro y simple	75

3.6	Contrato privado	75
3.7	Contrato de seguro terrestre	75
3.8	Contrato de seguro a base de primas	76
3.9	Contrato de seguro de personas	76
3.10	Contrato de adhesión	77
3.11	Contrato dirigido	77
3.12	Las normas que lo regulan son de orden público	78
3.13	Contrato obligatorio	79
3.14	Contrato forzoso	81
4	Naturaleza Jurídica	81
5	Partes	83
5.1	El asegurador	83
	5.1.1 Definición, análisis y características	84
	5.1.2 regulación	87
5.2	El tomador, contrayente, asegurado y beneficiario	92
	5.2.1 Definición y aplicación en el SOAP	93
	5.2.2 Coincidencia y disociación de las calidades de tomador, Asegurado y beneficiario del SOAP	98
6	Elementos del SOAP	100
6.1	Elementos constitutivos del seguro obligatorio de accidentes Personales	101
6.2	Elementos generales	101
	6.2.1 Consentimiento	102
	6.2.2 Objeto y causa	105
6.3	Elementos especiales	107
	6.3.1 Interés asegurable	107

6.3.2	Riesgo	110
6.3.3	Prima	125
7	Vigencia del SOAP	128
7.1	Regla general	128
7.2	Situaciones especiales con ocasión del SOAP	130
8	Causales de Término del Contrato	132
8.1	Causales normales de término del contrato	132
8.2	Causales anormales de término del contrato	133
8.2.1	Declaración de nulidad	133
8.2.2	Ocurrencia de un siniestro que destruya íntegramente la cosa Objeto del seguro	133
8.2.3	Cesación de los riesgos	133
8.2.4	Resolución	134
8.2.5	Quiebra de la compañía o del asegurado	135
8.2.6	Resciliación	136
8.3	Reglas especiales contenidas en la Ley N°18.490	136
8.3.1	Situación de morosidad en el pago de la prima	136
8.3.2	Exclusión de la resciliación como causal de término del Contrato	137
8.3.3	Acción de término anticipado del seguro	138
Capítulo IV	Obligaciones y Cargas Derivadas del SOAP	141
1	Obligaciones y Cargas	141
2	Obligaciones del Tomador	145
2.1	Obligaciones al tiempo de contratar el seguro	145
2.1.1	Declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias	145

2.1.2	Pagar la prima en la forma y época convenida	148
2.2	Obligaciones durante la vigencia del SOAP	149
2.2.1	No agravar el riesgo asumido por el asegurador	149
2.2.2	Emplear la debida diligencia y cuidado para prevenir la Ocurrencia de siniestros e impedir	150
2.2.3	Comunicar oportunamente al asegurador la transferencia o Transmisión de la propiedad del vehículo	151
2.3	Obligaciones al momento de producirse el siniestro	152
2.3.1	Poner oportunamente en conocimiento del asegurador la Ocurrencia de un accidente	152
2.3.2	Dejar inmediata constancia en la unidad policial más cercana De todo accidente en que participe el vehículo asegurado	153
2.3.3	Poner oportunamente en conocimiento de la compañía de Todos los avisos, citaciones o cualesquier otra comunicación	154
3	Cargas del Asegurado y de los Beneficiarios en el SOAP	155
3.1	Cargas del asegurado	156
3.2	Cargas del beneficiario	156
4	Obligaciones del Asegurador	157
4.1	Asunción del riesgo	157
4.2	Emisión del certificado	157
4.2.1	Individualización del vehículo	158
4.2.2	Nombre del tomador del seguro	159
4.2.3	Nombre de la entidad aseguradora	159
4.2.4	Número de póliza	159
4.2.5	Inicio y término de vigencia del seguro	159
4.2.6	Firma de apoderado del asegurador que haya emitido el seguro	160

4.3	Indemnizar	160
4.3.1	Naturaleza de esta obligación	160
4.3.2	Requisitos de procedencia de la indemnización	161
4.3.3	Oportunidad del pago	172
4.3.4	Monto de las indemnizaciones	173
4.3.5	Por regla general estas indemnizaciones no son acumulables	
	Entre sí	176
4.3.6	Características comunes de las indemnizaciones en los	
	Distintos casos de daños a las personas	177
4.3.7	El pago goza de preeminencia de cualquier otro que pueda	
	Tener lugar pudiendo existir cúmulo de seguros	180
4.3.8	Concurrencia al pago de los obligados a indemnizar	187
4.3.9	Efectos del pago	190
Capítulo V Responsabilidad		204
1	Definición y Clases de Responsabilidad	206
1.1	Responsabilidad civil	208
1.2	Responsabilidad contractual y delictual. Diferencias	209
2	Responsabilidad Extracontractual	213
2.1	Fundamento de la responsabilidad delictual	213
2.2	Elementos de la responsabilidad de acuerdo al sistema subjetivo	214
	2.2.1 Daño	215
	2.2.2 Dolo y culpa	215
	2.2.3 Relación de causalidad entre el dolo y la culpa y el daño	217
	2.2.4 Capacidad	218
2.3	Fuentes de la responsabilidad extracontractual	218

2.4	Acción para perseguir la responsabilidad	219
2.4.1	Sujetos de la acción	219
2.5	Extensión de la reparación del daño	220
3	Responsabilidad Civil Derivada de los Accidentes de Tránsito	221
3.1	Fuentes de la responsabilidad	221
3.1.1	Responsabilidad contractual	222
3.1.2	Responsabilidad delictual o cuasidelictual	224
3.1.3	Responsabilidad legal	225
3.2	La culpa como fundamento de la responsabilidad civil y sus Consecuencias especialmente en el ámbito de los accidentes	226
3.3	La conducta culpable en la legislación del tránsito	229
3.4	La responsabilidad objetiva en nuestra legislación del tránsito	231
4	Sistema Adoptado por la Ley N°18.490	232
4.1	Aplica la teoría objetiva de la responsabilidad extracontractual	232
4.2	No altera los sistemas de responsabilidad contractual y Extracontractual de nuestra legislación nacional	236
4.3	Peculiaridad del sistema adoptado por el SOAP: acción directa	238
Capítulo VI Operatividad		242
1	Contratación del Seguro	242
1.1	Póliza	242
1.2	Certificado	245
2	Ocurrencia de un siniestro	247
2.1	Generalidades	247
2.2	Aviso del siniestro	248
2.3	Denuncio	250

2.4	Presentación a la compañía de la documentación exigida en la ley	251
2.4.1	Generalidades	251
2.4.2	Certificado de Carabineros de Chile	251
3	Liquidación	252
3.1	Objeto de la liquidación	252
3.2	Forma de efectuar la liquidación	253
3.3	Plazo para liquidar	253
3.4	Informe del liquidador	254
3.5	Impugnación del informe de liquidación	256
4	Procedimientos Especiales en la Liquidación de Acuerdo al Tipo de Resultado	257
4.1	Muerte	258
4.1.1	Monto de la indemnización	258
4.1.2	Plazo	259
4.1.3	Documentos a acompañar para el pago de la indemnización	259
4.1.4	Beneficiarios	260
4.1.5	Caso de muerte cerebral	260
4.2	Lesiones corporales	261
4.2.1	Incapacidad permanente total	263
4.2.2	Incapacidad permanente parcial	264
4.3	Gastos médicos	266
5	Procedimiento de Reclamo	273
6	Pago	275
6.1	Forma	275
6.2	A quien debe hacerse el pago	276
6.3	Plazo para pagar	276

6.4	Preeminencia y preferencia para su pago	277
7	Prescripción	278
7.1	Regla general	278
7.2	Excepción	278
7.3	Interrupción natural de la prescripción	278
Capítulo VII Jurisprudencia		280
1	Jurisprudencia Administrativa	281
1.1	Superintendencia de Valores y Seguros como órgano	282
1.2	Dictámenes, oficios y circulares	284
1.3	Dictámenes y oficios	286
2	Jurisprudencia de los Tribunales de Justicia	372
2.1	Accidente personal	373
2.2	Carga de la prueba	373
2.3	Casos de exclusión: carga de la prueba	374
2.4	Causalidad	374
2.5	Concepto de colisión	375
2.6	Derecho de subrogación de la compañía aseguradora	375
2.7	Naturaleza del contrato: seguro obligatorio	376
2.8	Principio de indemnización	376
2.9	Principio indemnizatorio en los seguros de personas	376
Conclusiones		378
Bibliografía		390

Glosario	396
Indice	397
Anexos	408