

Santiago, veintiséis de diciembre de dos mil diecinueve.

**VISTOS:**

En autos arbitrales caratulados “Hotelera y Turismo La Chimba Ltda. con Aseguradora Magallanes S.A.” seguidos ante el juez árbitro Sr. Juan Araya Elizalde, sobre cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios, por sentencia de veinticuatro de noviembre de dos mil dieciséis, se acogió la demanda, sólo en cuanto se condena a la aseguradora demandada al pago de las sumas de \$5.336.808 correspondiente al valor de reparación del vehículo siniestrado y \$1.000.000 por los daños experimentados por el mismo durante los dos años que permaneció en el taller de reparación y la cantidad de \$5.000.000, por concepto de lucro cesante, con reajustes e intereses que indica.

Se alzó la demandada y la actora se adhirió a la apelación y una Sala de la Corte de Apelaciones de esta ciudad por sentencia de once de diciembre de dos mil diecisiete, escrita a fojas 460 y siguientes, **revocó** el fallo apelado en aquella parte que el mismo había acogido la demanda por los conceptos de daño emergente y lucro cesante y la rechaza por esos rubros. Asimismo, lo **confirmó**, con declaración que el monto a cubrir por el seguro contratado por el valor de reparación del vehículo siniestrado ascenderá hasta un tope máximo de 40 Unidades de Fomento, sin costas.

En contra de este pronunciamiento la demandante deduce recurso de casación en el fondo.

Se trajeron los autos en relación.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que bajo un primer capítulo, la recurrente indica que los sentenciadores han incurrido en error al interpretar el principio de indemnización consagrado en el artículo 517 del Código de Comercio y en la no aplicación de los artículos 707, 1545 y 1546 del Código Civil, en relación al artículo 550 del primer texto legal citado, en la redacción que dichos artículos tenían en forma previa a la dictación de la Ley N° 20667.



Señala que el artículo 1546 del Código Civil, dispone imperativamente a ejecutar el contrato de seguro de buena fe y el artículo 1545 del Código Civil, eleva el contrato a la categoría de ley para las partes, incluso confiriéndole valor no sólo a la letra de sus estipulaciones, sino a las obligaciones que emanan de la naturaleza o de la costumbre, lo que ha sido desatendido por los jueces de alzada. Critica la conclusión a la que arriban los jueces del grado en orden a que el asegurado habría obtenido un enriquecimiento ilícito al acogerse la pretensión indemnizatoria por medio daño emergente y lucro cesante, como lo hacía el fallo de primer grado; obviando el hecho de que la aseguradora fue quien actuó en contravención a la buena fe contractual, lo que queda de manifiesto por la emisión de dos informes de liquidación, uno de fecha 27 de enero de 2014 y el otro de 1 de abril del mismo año, que son completamente discordantes entre sí, puesto que el primero denominado de “Liquidación Directa”, estableció que sólo debía pagar por deducible la suma de \$116.955 para la reparación de su vehículo asegurado, en cambio la otra hace de su cargo el pago de \$4.517.083, quedando de manifiesto su intención de indemnizar sólo parcialmente y de manera conveniente a sus propios intereses el siniestro cuya cobertura se demanda.

Expresa que no existe la posibilidad de que el informe de liquidación directa (primer informe) del siniestro se interprete, bajo la condición de encontrarse “aún en análisis la aplicación y determinación del deducible de cargo del asegurado”, pues esto corresponde a una argucia e interpretación de mala fe sutilmente urdida por ella, quien, intentando desvirtuar lo recomendado en el primer informe final de liquidación, junto con una orden de reparación y la evaluación de los daños efectuados por su liquidador directo, el que fue puesto en conocimiento del asegurado, único que podía impugnarlo y no lo hizo, quedando de esta forma dicho dictamen firme, sin que le asista a la aseguradora facultad para modificarlo, de conformidad a lo establecido en los artículos 26 y 27 del Decreto Supremo N° 1055.

Además, indica que, siguiendo la interpretación errada de las normas citadas y en particular del antiguo artículo 517 del Código de Comercio sobre el principio de indemnización, el fallo recurrido se equivoca en su



motivo décimo tercero al señalar que, por aplicación del principio de la buena fe contractual, referido al deber de honestidad que pesa sobre las partes al contratar, estas deben prever en su fuero interno que la relación jurídica pactada expresamente, producirá los efectos propios y usuales que de ellas conocían de antemano, que son las que genera normalmente una relación jurídica semejante, por lo que habría que darle preeminencia a esas disposiciones, por sobre situaciones de facto que no fueron demostradas. Lo anterior, porque en el proceso quedó demostrado, que la demandada acompañó maliciosamente el segundo informe de liquidación de seguro, que modificó el primero, imponiendo al asegurado la carga de pagar un monto de \$4.517.083, fundado en que el portalón del vehículo siniestrado, en su calidad de parte o pieza del mismo, tendría una cobertura de indemnización limitada según la póliza, equivalente al 10% del valor comercial del vehículo, con un tope de 40 Unidades de Fomento, con la intención evidente de eludir su obligación contractual de indemnizar el siniestro de mi representada.

Explica que es inaceptable que el fallo atacado le reste mérito al primer informe sobre la base de lo declarado en autos como testigo por el liquidador directo de la compañía, quien no reconoció autoría ni responsabilidad por dicho antecedente por haber sido generado de manera automática por la compañía aseguradora, una vez conocido el valor de reparación del vehículo y únicamente lo haga respecto del segundo informe que si habría sido suscrito por él, puesto que el primer documento es legalmente vinculante para la demandada, de modo que no puede desentenderse de sus efectos y contenido.

Añade que lo anterior, en lugar de desacreditar las conclusiones y efectos del Informe de Liquidación Directa de fecha 27 de enero de 2017, da cuenta de faltas relevantes en el funcionamiento interno de la aseguradora demandada que, por cierto, no pueden ser esgrimidas como justificación o excusa para restar o privar de eficacia a dicho elemento, válidamente emitido.

Sostiene que afirmar la coexistencia de dos informes de liquidación directa, respecto de un mismo siniestro y entre las mismas partes (como lo hace el fallo impugnado, en sus considerandos 5º y 6º), atenta en contra



de la esencia del contrato de seguro, el espíritu de la ley que regula la materia y más aún es contradictorio con el principio de seguridad o certeza jurídica, con la buena fe contractual (que en el ámbito del seguro se manifiesta con especial relevancia), el cual consiste en la rectitud de intención, la honorabilidad comercial, la actitud de desenvolverse en el ámbito del contrato sin el propósito de perjudicar a la contraparte.

Indica que tampoco es admisible el argumento esgrimido por la demandada de que de acuerdo a lo informado en la carta que precedió al Informe de Liquidación Directa de fecha 27 de enero de 2014, se le habría indicado a la asegurada que el caso se encontraba en análisis para la aplicación del deducible, lo cierto es que de la simple lectura de dicho documento se puede constatar que aquella aseveración, puesta en su contexto, no resulta efectiva en relación a la obligación que impera sobre el asegurador de pagar la suma asegurada, teniendo presente los plazos previstos por la ley en relación al proceso de liquidación directa y el derecho único y exclusivo del asegurado de impugnarlo y porque, en todo caso, ello tendría lugar únicamente en aquellos supuestos en que resulte aplicable el “deducible inteligente”, el cual, de acuerdo a lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza, opera únicamente cuando exista un tercero claramente identificado y definitivamente culpable del siniestro, lo que no ocurre en la especie.

En un segundo acápite denuncia como error de derecho la aplicación incorrecta del artículo 517 del Código de Comercio sobre el principio de indemnización en el contrato de seguro, en relación a los artículos 26 y 27 del Decreto Supremo N° 1055 de 08 de agosto de 2012 “Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros”, que se refieren al procedimiento de impugnación de liquidación y al pago de la indemnización por la ocurrencia del siniestro por el asegurador.

Señala que el fallo impugnado realiza una segunda interpretación errónea al sostener que la sentencia dictada por el juez árbitro habría otorgado una indemnización superior a la pactada entre las partes, ya que ello dista totalmente de la realidad jurídica y fáctica, ya que el juez a quo otorgó por concepto indemnizatorio el valor que correspondería a la



reparación del vehículo, según el valor comercial de las partes y piezas siniestradas al momento de la ocurrencia del siniestro, ajustándose al informe de liquidación que quedó afirme y fue despedido por el liquidador directo de la compañía aseguradora, correspondiente a la cobertura del siniestro.

En efecto, por el principio de indemnización se entiende que el asegurador debe pagar al asegurado la indemnización correspondiente al daño efectivamente sufrido por este último con ocasión del siniestro, constituyendo un límite del monto pagadero que afecte a las cosas siniestradas en atención a la magnitud de la pérdida económica del asegurado, representada por los daños sufridos por dicha cosa. De esta forma, el principio de indemnización en el contrato de seguro de daños supone que antes de la ocurrencia del siniestro, las partes deben determinar el valor máximo que el asegurador pagará al asegurado respecto de la materia asegurada, sin excederse del importe de la pérdida, incluso pudiendo el asegurado recibir menos, en caso de las limitaciones de la póliza que se haya contratado (por ejemplo, si han convenido un monto asegurado inferior al valor de la cosa asegurada) un deducible, el cual efectivamente está contemplado en la póliza de autos).

Indica que así debe entenderse lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio cuando éste habla que, respecto del asegurado, el contrato de seguro es de mera indemnización, y jamás puede ser para él la ocasión de una ganancia. En otras palabras, el asegurador no puede indemnizar al asegurado con un monto superior a aquél contemplado en la póliza respecto del objeto asegurado.

Agrega que respecto a este principio se ha señalado que la finalidad del seguro es restablecer el patrimonio del asegurado al estado en que se encontraba antes del siniestro, supuesto que los bienes amparados por la póliza respectiva hubieren estado asegurados por su valor real o sobreasegurados y que tratándose de bienes corporales, esa finalidad se satisface si el asegurado recibe una suma adecuada para adquirir en el mercado un bien de las mismas características o para reparar el objeto dañado hasta dejarlo en la misma situación que tenía antes del siniestro.



Sostiene que la aplicación de la buena fe en el seguro tiene una especial relevancia, toda vez que se califica a éste como un contrato de “máxima buena fe” entre las partes contratantes, lo que implica que ellas deben observar la máxima lealtad contractual en la ejecución del contrato, lo que en la especie se traduce en que el asegurador no puede ofrecer o suscribir un seguro inútil para el asegurado, o cuya aplicación es imposible o muy dificultosa.

Concluye que el fallo recurrido no sólo no aplicó este principio imperante en el contrato de seguro, sino que también presumió su mala fe, lo que no es procedente y plantea la interrogante de que utilidad tendría para su parte la contratación del seguro si la demandada escudada en esta imputación jamás le indemnizaría los daños ocasionados al vehículo siniestrado, siendo la respuesta muy clara: que el contrato no serviría de nada.

Añade que los artículos 26 y 27 del Decreto Supremo 1055, que “Aprueba Nuevo Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros”, son perentorios al prescribir que, “En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, sólo el asegurado estará facultado para impugnar el informe de liquidación” y, en el caso de la segunda, que “Se entenderá concluido el proceso de liquidación, una vez que sean contestadas las impugnaciones o venzan los plazos para impugnar”. De lo que se colige que el primer informe sólo podía ser impugnado por el asegurado y, dado que éste no lo hizo, este quedó indefectiblemente firme, no pudiendo ser modificado posteriormente por la aseguradora, bajo la excusa de brindar observancia al régimen de cobertura especial que la póliza prevé para el robo de accesorios, partes y piezas, ni por ninguna otra. Lo contrario, implicaría contravenir tanto los actos propios de la aseguradora, como el texto expreso de la ley.

Estima que estas razones son más que suficientes para tener por acreditado el incumplimiento contractual y el obrar de mala fe alegado respecto de la aseguradora en relación al proceso de liquidación del siniestro del vehículo, resultando imperiosa la acción de cumplimiento forzado del contrato de seguros, más la indemnización de todos los



perjuicios ocasionados de acuerdo al derecho que le ampara según el artículo 1489 del Código Civil.

En un tercer acápite se denuncia la vulneración del artículo 1489 del Código Civil, en relación al principio de indemnización contenido en el artículo 517 del Código de Comercio, argumentando la recurrente que esta última infracción corresponde a la circunstancia de no haber aplicado una disposición legal que debía serlo, cuya omisión importó que el tribunal de segunda instancia interpretara erróneamente el artículo 517 del Código de Comercio, al concluir que esta parte por medio de su acción habría perseguido un enriquecimiento ilícito al intentar obtener una indemnización superior a la pactada en el contrato de seguro. Lo anterior resulta de esencial importancia para objeto de este recurso, puesto que, en virtud de dicha consideración, no sólo el tribunal ad quem rechazó los conceptos de daño emergente a que había dado lugar el fallo de primera instancia a favor de su representada, sino que también la desestimación del lucro cesante que se contiene en la sentencia de primer grado.

**SEGUNDO:** Que para una adecuada comprensión del asunto resulta necesario tener presente los siguientes antecedentes:

1.- Don Néstor Gonzalo Rodríguez Neira, en representación de Hotelería y Turismo la Chimba Limitada, dedujo demanda en contra de Aseguradora Magallanes S.A. de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios.

Se funda en que la demandada incumplió la obligación que le imponía el contrato de seguros celebrado por las partes, al no dar la cobertura debida ante el siniestro sufrido por el vehículo asegurado, conforme al informe de liquidación directa de fecha 27 de enero de 2014 que la misma le remitió junto con la correspondiente orden de reparación, en cuya virtud sólo debía pagar un deducible de \$116.955, el que al no haber sido impugnado por su parte quedó firme. Esto porque la aseguradora emitió un nuevo informe, de 1º de abril del mismo año, mediante el cual, pretende desentenderse del anterior, en el que se determina que por la aplicación de un adicional de cobertura para el



robo de accesorios partes y piezas, que fija un límite de 40 UF, su parte debe pagar la suma de \$4.517083 más IVA.

2.- La demandada solicitó el rechazo de la acción deducida, argumentando que su actuar se ajustó a los términos de la póliza contratada, correspondiendo la cobertura consignada en el informe final de liquidación realizado, una vez reunidos todos los antecedentes, a lo estipulado en las Condiciones Generales, que se establece una cobertura específica al 10% del valor comercial del vehículo, con tope de 40 UF.

**TERCERO:** Que son hechos establecidos en la sentencia que se revisa los siguientes:

1.- Las partes se encontraban ligadas al momento del siniestro -acaecido el 18 de enero de 2014- a la Póliza N° 0128693795 de Seguros Magallanes, vigente desde el 7 de enero de 2013 hasta el mismo día y mes del año 2015, por el cual se amparaba el vehículo Marca Jeep, modelo L 4.0 Grand Cherokee, automático, P.P.U. FKDL 37, año 2013. En dicho contrato se consignó expresamente un límite de indemnización en cobertura por robo de accesorios, partes y piezas de hasta un 10% del valor comercial del vehículo, con un tope de 40 (cuarenta) unidades de fomento.

2.- Se entienden en dicho convenio por piezas y partes, todos aquellos objetos que tienen relación con el vehículo, instalados con anterioridad a la primera venta al público del vehículo nuevo, excluyendo equipos de sonido y comunicación.

3.- El daño sufrido por el siniestro que sufrió el vehículo asegurado consistió, entre otros, en la sustracción del portalón completo del automóvil mientras éste permanecía estacionado en la vía pública.

**CUARTO:** Que los sentenciadores de alzada se refieren al argumento principal de la demandante construido bajo la tesis de que, si bien las disposiciones mencionadas precedentemente eran las contratadas, la demandada luego de cumplir con todos los protocolos necesarios para hacer efectiva la cobertura contratada, le comunicó -vía correo electrónico- que ya se había inspeccionado su vehículo por parte del liquidador (informe N°012838778101-1), emitiéndose una orden de reparación (N°2264549); agregando que al momento de retirarlo luego de



su restauración, debía pagar al taller la suma de \$116.955 por concepto de deducible, lo que no podía ser modificado, porque se trataba de una liquidación definitiva e inmodificable del siniestro sufrido, de acuerdo a los artículos 26 y 27 del DS N° 1055 de 8 de agosto de 2012.

Consideran los sentenciadores que tal planteamiento carece de toda comprobación fáctica y aparece, además, contrario a derecho, en particular al alterar principios rectores vinculados al sistema contractual chileno, como sucede, entre otros, con la buena fe, puesto que revisados los antecedentes en que se funda la actora, aparece en el correo que le fue enviado por la demandada el 27 de enero de 2014, se señala que luego de revisar y evaluar los daños sufridos por su vehículo ya identificado el día 18 del mismo mes y año, se emitió por el liquidador la orden de reparación 2264549, pero también agrega que su caso se encontraba aún en análisis y le recuerda del pago de la suma de \$116.955 por concepto de deducible, pero sin eximirlo del tope de coberturas que consignaba su contrato. Además, que tampoco en el Informe de Liquidación Directa de Siniestros N°012838778101-1, de 27 de enero de 2014, se hace mención a la inexistencia del límite de indemnización en cobertura por robo de accesorios, partes y piezas de hasta un 10% del valor comercial del vehículo, con un tope de 40 (cuarenta) unidades de fomento, cláusula que consignaba expresamente el contrato que ligaba a las partes, ni se señalan montos de cobertura de la reparación que permitan extraer tal consecuencia.

Añaden que la plena vigencia de la cláusula desconocida por la actora, aparece refrendada en el correo de fs. 102, de 7 de marzo de 2014, en el que se le hace presente a la demandante que en su póliza existe una adicional de cobertura en el caso de accesorios, partes y piezas, en el cual consigna un límite de 40 UF, por lo que la Compañía demandada solo puede pagarle el monto que en el mismo consigna (\$935.640.).

De modo que despejado lo anterior, solo aparece como plausible concluir que no hay evidencia que permita inferir que la cláusula contractual alegada por la demandada y desconocida por la actora hubiese sido despreciada o dejada sin efecto por las partes del juicio,



quedando establecido como hecho que la cobertura de la póliza vigente, consignaba expresamente un límite de indemnización en cobertura por robo de accesorios, partes y piezas de hasta un 10% del valor comercial del vehículo, con un tope de 40 (cuarenta) unidades de fomento, a la que deberá sujetarse la indemnización final única procedente en este caso.

Indican que de los artículos 516, 517, 518, 550, 552 y 565 del Código de Comercio -en redacción anterior a la entrada en vigor de la Ley N° 20667- es posible colegir que en materia de contratos de seguro, el pago de sus coberturas no puede exceder el límite máximo de responsabilidad del asegurador ni causar un enriquecimiento al asegurado, limitándose a los extremos de la convención libremente pactada entre las partes, conforme a los valores al tiempo del siniestro, cuyo objetivo es resarcir el daño provocado al bien asegurado, por lo que no es posible otorgar una prestación superior a la pactada y que concederla en los términos que propone la actora, además de aparecer antojadiza, no encuentra respaldo legal alguno ni en las cláusulas del contrato que ligaba a las partes.

Agrega que además del principio de enriquecimiento sin causa y el respeto de la voluntad contractual, también tiene aplicación el de la buena fe contractual, contenido en el artículo 1546 del Código Civil, referido al deber de honestidad que pesa sobre las partes al contratar, quienes deben prever en su fuero interno que la relación jurídica pactada expresamente, producirá los efectos propios y usuales que ellas conocían de antemano, que son las que genera normalmente una relación jurídica semejante, por lo que habrá que darle preeminencia a esas disposiciones, por sobre situaciones de facto que no fueron demostradas.

**QUINTO:** Que en relación a la primera infracción de ley denunciada por la recurrente, debe tenerse en consideración que el antiguo artículo 517 del Código de Comercio establecía el denominado principio de indemnización del contrato de seguro, impidiendo que el asegurado obtuviese una ganancia a partir de los montos que percibiere en caso de siniestro; y a su vez, el antiguo artículo 550 del Código de Comercio, junto con establecer una de las obligaciones centrales del asegurador -pagar la suma asegurada en caso de siniestro- disponía una



complementación de dicho principio, al determinar que la responsabilidad de éste no podía exceder de la cantidad asegurada.

De lo anterior, lógicamente, se desprende que la indemnización a pagar en un siniestro no puede exceder de lo que se haya expresado en las condiciones generales o particulares de la póliza respectiva, lo que en el caso concreto implicaba una limitación de indemnización hasta un 10% del valor comercial del vehículo, con un tope de 40 (cuarenta) unidades de fomento en cobertura por robo de accesorios, partes y piezas, como se determinó en el marco del proceso, lo que resulta inamovible para esta Corte.

**SEXTO:** Que la alegación de la parte recurrente, en este ámbito, descansa en la buena fe contractual, y en el ámbito en que debe ejecutarse la obligación en conformidad al artículo 1546 del Código Civil; para ello, señala que su representado estaría amparado por el primer informe de liquidación, que no contendría una limitación a la indemnización, y que la transgresión a la buena fe se habría dado por la aseguradora, quien al emitir un segundo informe habría provocado el efecto de impugnar el informe de liquidación directa, cuestión que no se le permite, denotando una falta relevante en el funcionamiento interno de la compañía.

Al respecto, debe notarse que se determinó que en el informe de liquidación de 27 de enero de 2014 se señaló que el caso aún se encontraba en análisis, lo que fue consignado oportunamente en el considerando quinto de la sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago. Esta declaración, de acuerdo con el artículo 28 del Decreto Supremo N° 1055-2012, del Ministerio de Hacienda, no resulta correcta, en cuanto obliga al liquidador a emitir una opinión acerca de la procedencia de la indemnización, lo que ciertamente implica una de carácter definitivo, cuestión que se vería frustrada de permitir nuevos análisis por éste.

Sin embargo, no se advierte que ello genere una infracción a las normas citadas por la recurrente, ni que ello haya incidido en lo sustantivo del fallo. En efecto, la buena fe contractual no puede prescindir de la voluntad expresada por las partes y de la intención que tuvieron al



obligarse. Por más que exista un eventual error en el informe de liquidación, concediéndose una indemnización superior a la que procedía según el contrato, ésta debe ajustarse a lo pactado, no siendo una fuente de modificación del seguro la decisión unilateral del liquidador en torno a la cobertura que haya de otorgarse en relación con la póliza. Hacerlo, tal como señala el tribunal de segunda instancia, implicaría alterar principios rectores del ordenamiento contractual chileno, al permitir la ampliación de la obligación de una de las partes por voluntad o simple error de un tercero ajeno a la relación jurídica.

De esta forma, si bien el informe podía señalar una indemnización superior, el asegurado no podía obviar el tenor claro y literal de la póliza donde la cobertura de robo se limitaba al 10% del valor del vehículo con un tope de 40 unidades de fomento. Un posible error del liquidador no le generaba siquiera una expectativa de indemnización mayor, por cuanto la indemnización, en cualquier caso, debía ajustarse a lo pactado.

**SÉPTIMO:** Que, en estas circunstancias, no se advierte la manera en que se infringieron los antiguos artículos 517 y 550 del Código de Comercio, ni los artículos 707, 1545 y 1546 del Código Civil, ya que éstos fueron aplicados correctamente por los sentenciadores, al determinar la indemnización en conformidad al contrato y a la buena fe, según se ha venido expresando.

**OCTAVO:** Que en relación al segundo grupo de normas invocadas por la recurrente, referido al artículo 517 del Código de Comercio anterior a la modificación impuesta por la Ley N° 20667 y los artículos 26 y 27 del Decreto Supremo N° 1055-2012, del Ministerio de Hacienda, debe anotarse que el principio de máxima buena fe aplicable al seguro importa un comportamiento de plena lealtad entre asegurador y asegurado, que tiene efectos específicos para ambos, que se manifiestan desde antes de la relación contractual, a lo largo de ésta, e incluso cuando ya se ha extinguido, manifestándose en ámbitos como las declaraciones del estado de riesgo, en la información relativa a la cobertura que se ha de otorgar al asegurado, etcétera.

El seguro debe ajustarse sobre un riesgo existente y la cobertura otorgada por la aseguradora, desde luego, debe ser útil para el asegurado.



Esto, en el caso concreto, se verifica en la indemnización que recibe éste último a partir del robo de una pieza o parte de su vehículo -el portalón- con la limitación de que ésta no puede exceder del 10% de su valor total, con un tope de 40 unidades de fomento. En el caso concreto no se ha denegado la indemnización, como señala el recurso; antes bien, se ha hecho valer el contrato en cuanto aquella debe respetar lo pactado, no siendo una cobertura inútil.

Por otra parte, la infracción a los artículos 26 y 27 del Decreto Supremo N° 1055-2012, del Ministerio de Hacienda no pueden ser considerados como infracción de ley al tratarse de normas que no tienen tal calidad, por ser reglamentarias; a mayor abundamiento, se advierte que éstas no fueron infringidas en el caso concreto por cuanto no se procedió a efectuar una impugnación por la aseguradora y ésta quedó firme en la oportunidad correspondiente, ya que la indemnización debía ajustarse a lo señalado en el contrato.

**NOVENO:** Que lo razonado precedentemente, en conformidad a lo establecido por los sentenciadores en torno a los hechos de la causa, permite establecer que no ha existido un incumplimiento de parte de la demandada en relación con el seguro que lo unía con el actor. Lo anterior tiene relevancia en cuanto el tercer grupo de normas invocadas por el recurrente corresponden al artículo 1489 del Código Civil por referencia al principio de indemnización contenido en el antiguo artículo 517 del Código de Comercio, respecto de la indemnización por \$1.000.000.- por concepto de daño emergente, vinculado a aquellos sufridos por el vehículo del actor durante el tiempo en que éste estuvo en el taller Aventura Motors; y de \$4.000.000.- por concepto de lucro cesante, por la desvalorización del vehículo.

La justificación del actor es que estos conceptos son autónomos e independientes de la indemnización del siniestro, derivándose del incumplimiento de lo pactado por la aseguradora. Por ello, corresponde rechazar el recurso en este punto, toda vez que, como se ha venido razonando, ello no ocurrió.

**DÉCIMO:** Que, conforme a lo razonado, el recurso de casación será desestimado.



Por estas consideraciones y visto además lo dispuesto en los artículos 764, 766 y 767 del Código de Procedimiento Civil, **se rechaza el recurso** de casación en el fondo deducido por el abogado Osvaldo Contreras Buzeta, en representación de la parte demandante, en contra de la sentencia de once de diciembre de dos mil diecisiete.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Abogado Integrante Sr. Diego Munita L.

Rol N°7551-2018.

Pronunciado por la Primera Sala de la Corte Suprema por los Ministros Sr. Juan Eduardo Fuentes B., Sr. Jorge Dahm O., Sra. Ángela Vivanco M. y los Abogados Integrantes Sr. Daniel Peñailillo A. y Sr. Diego Munita L.

No firma el Ministro Sr. Dahm y el Abogado Integrante Sr. Peñailillo, no obstante haber concurrido ambos a la vista del recurso y acuerdo del fallo, por estar en comisión de servicio el primero y ausente el segundo.



VXHQNXXJRC

null

En Santiago, a veintiséis de diciembre de dos mil diecinueve, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

