REPÚBLICA DOMINICANA
PODER JUDICIAL
TERCERA SALA DE LA CÁMARA CIVIL Y COMERCIAL DE LA CORTE DE APELACIÓN DEL DISTRITO NACIONAL

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA

Sentencia núm. 1303-2026-SSEN-00351 NUC: 2

En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día dieciocho (18) mes de agosto del año dos mil veintiséis (2026), años 183 de la Independencia y 163 de la Restauración.

La Tercera Sala de la Cámara Civil y Comercial de la Corte de Apelación del Distrito Nacional, regularmente constituida por Maritza Elupina Capellán Araujo, quien preside, Honorio Antonio Suzaña, Eunice A. Minaya P., miembros, y Miguel Ángel Díaz Villalona, interino, asistidos por la secretaria y el ministerial de estrado de turno , con sede en el edificio localizado en la avenida Independencia esquina avenida , dicta en audiencia pública, en sus atribuciones civiles, la sentencia que sigue.

Con motivo de los recursos de apelación interpuesto por , dominicana, mayor de edad, titular de la cédula de identidad núm. , domiciliada y residente en la Torre Veiramar II, apartamento 1504, situado en la Avenida George Washington núm. 511, de esta ciudad; quien tiene como abogado constituido y apoderado especial a la licenciada , dominicana, mayor de edad, titular de la cédula de identidad y electoral núm. , con estudio profesional abierto en la calle Roberto Pastoriza, núm. 106, segundo piso, sector de Naco, de esta ciudad, en lo adelante parte recurrente.

Contra la sentencia civil número 036-2025-SSEN-00258, de fecha 15 de abril de 2025, dictada por la Tercera Sala de la Cámara Civil y Comercial del Juzgado de Primera Instancia del Distrito

Nacional. A favor de la razón social Claria Life and Health Insurance Company/[redacted], constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, con domicilio social y [redacted] de febrero, número 325, edificio profesional KM, local 401, [redacted], de esta ciudad; debidamente representada por el señor [redacted], estadounidense, mayor de edad, portador del pasaporte estadounidense número 468323310, [redacted], núm. 104, esquina [redacted], local 305, Plaza Pinos del Cacique, El Cacique, de esta ciudad, en lo adelante parte recurrida.

Asunto designado a esta sala mediante auto núm. 01549-2025 de fecha 24 de julio de 2025, dictado por la Presidencia de esta Corte. La instrucción de esta fue realizada en dos audiencias, celebrada la última el día 24 de noviembre de 2025, cuyas incidencias se transcriben en otro apartado, siendo asignado para fallo el expediente en febrero de 2026.

CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Con motivo de la demanda en cobro de pesos y daños y perjuicios, interpuesta por [redacted], en contra de la razón social Claria Life and Health Insurance Company/[redacted], mediante acto número 792/2023, de fecha 13 de septiembre de 2023, instrumentado por [redacted], ordinario de la Segunda Sala de la Corte de Trabajo del Distrito Nacional, Demanda reconvencional en reparación de daños y perjuicios, interpuesta por la sociedad comercial [redacted], contra la señora [redacted], la Tercera Sala de la Cámara Civil y Comercial del Juzgado de Primera Instancia del Distrito Nacional dictó la sentencia

civil número 036-2025-SSEN-00258, de fecha 15 de abril de 2025, por cuya parte dispositiva:

«F A L L A:

En cuanto a la demanda principal en incumplimiento de contrato y reparación en daños y perjuicios: PRIMERO: En cuanto a la forma, declara buena y válida esta demanda en incumplimiento de contrato y reparación en daños y perjuicios, intentada por la señora [redacted], en contra de la razón social Claria Life and Health Insurance Company/[redacted], mediante el acto número 792-2023, de fecha trece (13) del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023), por haber sido interpuesta conforme los preceptos legales establecidos. SEGUNDO: En cuanto al fondo, rechaza la demanda en incumplimiento de contrato y reparación en daños y perjuicios, intentada por la señora [redacted], en contra de la razón social Claria Life and Health Insurance Company/[redacted], por los motivos antes expuestos. En cuanto a la demanda reconvencional en reparación de daños y perjuicios: TERCERO: En cuanto a la forma, declara buena y válida la demanda reconvencional en Reparación de daños y perjuicios, interpuesta por la sociedad comercial [redacted], S.R.L., en contra de la señora [redacted], mediante acto número 950/2024, de fecha veintidós (22) del mes de agosto del año dos mil veinticuatro (2024), por haber sido hecha conforme al derecho. CUARTO: En

> cuanto al fondo, rechaza la presente demanda reconvencional en reparación de daños y perjuicios, interpuesta por la sociedad comercial [redacted], S.R.L., en contra de la señora [redacted], por los razonamientos expuestos precedentemente. En cuanto a ambas demandas: QUINTO: Compensa pura y simplemente las costas del proceso, por haber sucumbido los litigantes respectivamente en algunos puntos de sus pretensiones. SEXTO: Comisiona al Ministerial [redacted], de Estrado de esta Sala, para la notificación de esta sentencia». (sic).

Inconforme con dicha decisión, la parte recurrente [redacted] interpuso un recurso de apelación mediante acto número 542/2025, de fecha 11 de junio de 2025, instrumentado por el ministerial [redacted], ordinario del Tribunal Superior Administrativo, cuyas conclusiones copiadas textualmente son las siguientes: De Manera Principal: Acoger como bueno y valido el presente recurso de apelación por ser justo y estar cimentado sobre base legal y en consecuencia: Revocar en todas sus partes la sentencia núm. 036-2025-SSEN-00258 de fecha quince (15) del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025), emitida por la Tercera Sala de la Cámara Civil y Comercial del Juzgado de Primera instancia del Distrito Nacional, por improcedente mal fundada y carente de toda base legal. Y en consecuencia: Primero: En cuanto a la forma, Acoger la presente Demanda en Cobro de Pesos y Daños y Perjuicios, incoada por la Sra. [redacted]; en contra de la empresa Claria Life And Health Insurance Company/Claria International; por ser hecha conforme al derecho y reposar sobre base legal; Segundo: En cuanto al fondo, Condenar a la entidad social Claria Life And Health Insurance Company/Claria International; al pago del reembolso de la suma de ciento cuarenta y cuatro mil ciento ochenta

y seis dólares con 91/100 (US$144,186.91) o su equivalente en moneda de curso legal a propósito de los gastos médicos por Osteoplastia De Fémur Izquierdo; sin perjuicio de los intereses moratorios, intereses legales, costas, honorarios y demás gastos. En virtud de la Póliza De Seguro #1MU15-23578 que mi requeriente adquirió desde el veintidós (22) del mes de enero del año dos mil quince (2015), pagando anualmente un importe de cinco mil trescientos doce dólares (US$5,312.00). Tercero: Condenar a la entidad social Claria Life And Health Insurance Company/Claria International; al pago de la suma de diez millones de pesos oro con 00/100 (RD$10,000,000.00) producto de los daños y perjuicios causados, a mi requeriente; como resultado del incumplimiento por lo pactado, creando perjuicios serios de tipo económico. Cuarto: Condenar a la entidad social Claria Life And Health Insurance Company/Claria International; al pago de las costas del procedimiento en favor y provecho de los abogados concluyentes; quienes afirman estarlas avanzado en su totalidad. (sic).

A requerimiento de la parte interesada la Corte dispuso el conocimiento de la primera audiencia para el día 22 de septiembre de 2025.

A la audiencia dispuesta, luego de ser oído el ministerial de turno llamar al rol, comparecieron ambas partes, ordenando esta Sala de la Corte, a solicitud de la parte recurrente y sin oposición de la parte recurrida, una comunicación recíproca de documentos, bajo la modalidad de quince (15) días comunes para depósito de documentos, al vencimiento, quince (15) días para tomar conocimiento de los documentos depositados; fijando el conocimiento de la próxima audiencia para el día 24 de noviembre de 2025, a las nueve de la mañana (9:00 a.m.), en modalidad virtual.

A esta última audiencia, luego de ser llamado el rol por el ministerial, comparecieron las partes quienes concluyeron como figura a continuación, la Corte le otorga un plazo de quince (15) días a la parte recurrente, al vencimiento, quince(15) días a la parte recurrida para depósito de escrito justificativo de conclusiones; vencidos estos plazos, otorga un plazo de

diez (10) días a la parte recurrente, al vencimiento, diez (10) días a la parte recurrida para depósito de escrito de réplica y contrarréplica, respectivamente, y se reservó el fallo y costas.

PRETENSIONES DE LAS PARTES

Recurrente: [redacted], representada por la Licda. [redacted] "Primero: Que se acojan las conclusiones vertidas en el acto introductivo de recurso; Segundo: Que se nos otorgue un plazo de 15 días a los fines de depositar escrito justificativo de conclusiones".

Recurrido: [redacted], S.R.L., representada por el Licdo. [redacted] "Primero: Que se rechace el presente recurso por improcedente, mal fundado y carente de base legal; Segundo: Otorgar un plazo de 10 días para el depósito de escrito justificativo de conclusiones".

PRUEBAS APORTADAS:

Nuestra Suprema Corte de Justicia ha establecido: «Los jueces no están obligados a enunciar las pruebas sino a ponderarlas y este último ejercicio tienen la facultad para fundamentar su criterio en los hechos y documentos que estimen de lugar, ya que ningún tribunal está obligado a valorar extensamente todos los documentos que las partes depositen, sino solo aquellos relevantes para el litigio»[1].

Vistos los documentos aportados por las partes, los cuales serán ponderados y detallados en tanto interesen a la solución del proceso, en la parte deliberativa de esta sentencia.

1 SCJ, 1.a Sala, 30 de noviembre de 2021, núm. 207, [redacted]. 1332, pp. 2319-2331.

DELIBERACIÓN DEL CASO

La redacción y motivación de la sentencia ha estado a cargo del magistrado Miguel Ángel Díaz Villalona:

1. Nos apodera el recurso de apelación interpuesto por la [redacted], en contra de la sentencia civil número 036-2025-SSEN-00258, de fecha 15 de abril de 2025, dictada por la Tercera Sala de la Cámara Civil y Comercial del Juzgado de Primera Instancia del Distrito Nacional. Asunto apelable de la competencia de esta Sala de la Corte de conformidad con nuestro ordenamiento jurídico.

2. Este recurso ha sido interpuesto según las formalidades y plazos, por lo que se acoge como bueno y válido en cuanto a la forma, lo que vale decisión en este aspecto, sin necesidad de hacerlo constar en el dispositivo de la esta sentencia.

Fundamentos del recurso

3. El tribunal de primer grado rechazó la demanda en cobro de pesos y reparación de daños y perjuicios, fundamentando su decisión en los motivos siguientes:

"*45. En concordancia con lo anterior, el tribunal comprueba que la parte demandante reclama la indemnización en virtud de dicho contrato de póliza, en razón de que esta solicitó a su aseguradora la cobertura para el procedimiento denominado "osteoplastia de fémur izquierdo", por el diagnostico de "escoliosis", y dicha aseguradora no cumplir con el pago a cobertura de dicho procedimiento, pese a existir un contrato entre las partes. 47. En esa misma línea, la parte demandada, [redacted], S.R.L., a través de la comunicación de fecha veinticinco (25) del mes de enero del año dos mil veintitrés (2023), le indicó a la señora [redacted], que la reclamación realizada*

por ésta fue declinada atendiendo a que una vez revisada su solicitud habían verificado que no cuenta con beneficios de cobertura bajo este contrato, basándose específicamente en el siguiente motivo: "Sección 5. Exclusiones: 48. Tratamiento por dificultades de aprendizaje, problemas mentales y problemas físicos del desarrollo", que por lo anterior el diagnóstico y los tratamientos propuestos no cuentan con beneficios de cobertura bajo su póliza. 48. Asimismo, el contrato de pólizas de la referida aseguradora establece taxativamente en sus respectivas cláusulas lo siguiente: Cláusula de seguro, párrafo 2: "Esta póliza se emite en base a la información suministrada en la solicitud. Si cualquier información en la solicitud no es correcta o está incompleta, o cualquier información ha sido omitida, la compañía a su discreción rescindirá, cancelará o modificará los beneficios del asegurado que omitió información, el asegurado principal, cónyuge y dependientes, independientemente de si los otros asegurados omitieron información o no"; de igual modo en el párrafo 10 de la página 10 establece: "El término afección preexistente hará referencia a cualquiera de las siguientes: 1) Una afección que hubiera hecho que una persona buscara consejo médico, diagnostico, atención o tratamiento antes de la fecha de entra individual de la cobertura según este certificado; 2) Una afección para la que se buscó, recomendó o recibió consejo médico, diagnostico, atención o tratamiento, incluyendo medicación, antes de la fecha de entrada en vigor individual de la cobertura según certificado; 3) los síntomas que se presentaron antes de la fecha en vigor individual de la cobertura según este certificado; 4) Una afección que se manifestó antes de la fecha en vigencia individual de la cobertura bajo este certificado; 5) Gastos por embarazo incluyendo pre, post, parto, complicaciones del parto de la madre o del recién nacido dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de vigencia individual de la cobertura bajo este certificado"; 49. De la misma manera en la sección de exclusiones, ubicada en el párrafo 2 de la página 34, dispone lo siguiente. "1. 1. Enfermedad preexistente es cualquier lesión o enfermedad que cumpla uno de los siguientes

criterios: 1) Una condición que hubiera hecho que una persona buscara consejo médico, diagnóstico, cuidado o Tratamiento antes de la Fecha de Vigencia Individual de la Cobertura bajo este Certificado; 2) Una condición para la cual se buscó, recomendó o recibió consejo médico, diagnóstico, cuidado o Tratamiento, incluyendo Medicamentos, antes de la Fecha de Vigencia Individual de la Cobertura bajo este Certificado; 3) Los síntomas que se presentaron antes de la Fecha de Vigencia Individual de la Cobertura bajo este Certificado hubieran permitido a una persona entrenada en medicina hacer un diagnóstico de la condición que produce los síntomas: 4) una afección que se manifestó antes de la Fecha de Vigencia Individual de la Cobertura bajo este Certificado; 5) Gastos por Embarazo incluyendo pre, post, parto, complicaciones del parto de la madre o del recién nacido dentro de los doce (12) meses posteriores a la Fecha de Vigencia Individual de la Cobertura bajo este Certificado. El Administrador podrá emitir cláusulas adicionales para determinadas Enfermedades Preexistentes. Las Enfermedades Preexistentes declaradas en forma completa y precisa en la Solicitud y Aprobadas y aceptadas por el Administrador, sin una Cláusula Adicional u otra restricción, serán cubiertas auto mínimo; máximo de por vida de $50.000 y un límite de $5.000 por Periodo de Cobertura después de que la Persona Asegurada haya estado asegurada continuamente durante 24 meses. En el momento de la solicitud y a discreción del Administrador podrán ofrecerse prestaciones inmediatas con limites superiores. 50. Por otro lado, de la historia médica realizada por el doctor S [redacted], MD, del Hospital de Cirugía Especial, la señora [redacted], presenta la escoliosis desde la edad de la adolescencia y que producto de la misma resultó con una discrepancia en la longitud de las piernas, definiéndose la misma como una longitud desigual, agregando además, que algunos casos son anatómicos (o estructurales), lo que significa que hay una diferencia de medidas en la longitud de los huesos de la pierna o una diferencia en las estructuras de las articulaciones

de la cadera, la rodilla o el tobillo, y en otros casos son funcionales, lo que significa que la impresión de una pierna más larga que la otra es causada por un desequilibrio en los músculos, tendones y ligamentos de la cadera y la pierna. 53. Ahora bien, de lo antes externado en contraposición con los motivos que impulsan esta acción y las pruebas aportadas al expediente, esta juzgadora tiene a bien establecer que en virtud de lo contratado bajo la póliza número 1 MU 15-23578, como citamos precedentemente la aseguradora especificó los procesos médicos en los que cubriría la misma y el porcentaje para cada caso, asimismo por los casos en los cuales no tendría cobertura, como en el caso de padecer enfermedades preexistentes y que las mismas no hayan sido declaradas u omitidas por el asegurado o cualquier dependiente, observándose que en el formulario de solicitud de dicho seguro la demandante, señora [redacted], declaró no padecer de enfermedades o desordenes del sistema músculo esquelético, dígase molestias del dorso, dolor en las articulaciones/ músculos, fibromialgia, reumatismo, artritis, gota o cualquier desorden o condición musculo esquelética 54. Aunado a lo anterior, de la historia médica realizada por el doctor S [redacted], MD, la hoy demandante, señora [redacted], presenta antecedentes de escoliosis desde la adolescencia, trastorno que, como hemos expresado en líneas anteriores puede derivar en la discrepancia en la longitud de los miembros inferiores, diagnostico que llevó a la señora [redacted] a realizarse el procedimiento de osteoplastia de fémur izquierdo, cuya dismetría de miembro inferior resultó como consecuencia de la escoliosis lumbar, siendo esto un trastorno congénito, que de conformidad con la póliza contratada no corresponde sea cubierta, más aún cuando la misma parte demandante, señora [redacted], refirió no padecer de ninguna enfermedad o desorden del sistema músculo esquelético. 55. En ese sentido, observando esta juzgadora que la parte demandada, Claria

Internacional, S.R.L., actuó dentro de lo ofrecido en su contrato de póliza número 1MU15-23578, de fecha veintidós (22) de enero del año dos mil quince (2015), (…).”

4. Por el efecto devolutivo del recurso de apelación, la Corte se encuentra apoderada en la misma forma que el tribunal de primer grado y conoce en su universalidad, por el poder de imperio que le otorga la ley, de todos los hechos y circunstancias que rodean el proceso, por lo que se encuentra en condiciones de subsanar los errores u omisiones, que pudiera haber cometido el juez de primer grado, respecto de aquellos aspectos que han sido objeto de recurso.

5. Mediante la interposición del presente recurso de apelación, la señora [redacted] persigue la revocación íntegra de la sentencia impugnada, sustentando su pretensión, en síntesis, en los fundamentos siguientes:

A) Alega que la decisión de primer grado adolece de una insuficiente y deficiente motivación, por cuanto carece de un análisis exhaustivo y profundo de las pruebas aportadas, así como de los elementos constitutivos de la responsabilidad civil. En ese sentido, sostiene que la sentencia incurre en vicios de hecho y de derecho, tales como desnaturalización de la normativa aplicable, falta de ponderación probatoria, valoración errónea de los elementos de convicción y omisión de examen de los alegatos jurídicos oportunamente planteados.

B) Señala que el tribunal incurrió en contradicción al establecer que la discrepancia en la longitud de la pierna fue diagnosticada en fecha catorce (14) de noviembre de dos mil veintidós (2022), cuando la recurrente contaba con sesenta y tres (63) años de edad, y al mismo tiempo referirse a la historia médica del doctor S. [redacted], en fecha

dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022), en la cual se indica la existencia de antecedentes de escoliosis desde la adolescencia. Aduce que dicha discrepancia en la longitud de las piernas fue advertida por el doctor Han Jo Kim en la primera de las fechas indicadas, quien recomendó atender esa condición previamente a cualquier procedimiento relativo a la escoliosis, lo que —a su juicio— desvirtúa la conclusión del tribunal.

C) Critica que el tribunal de primer grado haya fundamentado su decisión en la noción de afección preexistente contenida en la póliza de seguro, considerando erróneamente que la escoliosis constituye una condición preexistente excluida de cobertura.

D) Indica que, si bien la historia médica del doctor Rozbruch refiere la existencia de escoliosis desde la adolescencia, también establece que la discrepancia en la longitud de las extremidades inferiores puede obedecer tanto a causas estructurales o anatómicas como a causas funcionales, sin afirmar de manera categórica que, en el caso concreto, dicha condición derive necesariamente de una afección preexistente.

E) Sostiene que el tribunal omitió ponderar que el formulario de solicitud del seguro fue completado en el año dos mil quince (2015), momento en el cual —según afirma— la recurrente no presentaba síntomas ni tenía conocimiento de enfermedad alguna del sistema músculo-esquelético, por lo que la declaración negativa consignada en dicho documento no puede considerarse como una omisión dolosa ni como una infracción al deber de información.

F) Aduce, en definitiva, que la decisión impugnada desnaturaliza la normativa aplicable, al no existir —a su entender— disposición legal que justifique la solución adoptada. Afirma que el contrato de seguro, como ley entre las partes, delimita claramente las coberturas pactadas, y que la aseguradora, estando debidamente informada de los procedimientos médicos a realizar, pudo ejercer sus facultades de verificación o requerir evaluaciones adicionales, lo cual no hizo, afectando con ello el derecho e interés legítimo de la recurrente.

6. Por su parte, la entidad Claria Life and Health Insurance Company / [redacted] solicita el rechazo del recurso de apelación por improcedente, mal fundado y carente de base legal, y la confirmación en todas sus partes de la sentencia impugnada, sustentando su posición, en síntesis, en los argumentos siguientes:

A) Sostiene que la pretensión de la recurrente se erige sobre una interpretación interesada y artificiosa de la póliza de seguro de salud suscrita en el año dos mil quince (2015), mediante la cual procura forzar la cobertura de un riesgo expresamente excluido, amparándose en argumentos ajenos a las condiciones contractuales, tales como la alegada mejora de la calidad de vida.

B) Afirma que, desde la fase inicial del proceso, acreditó mediante documentos médicos y contractuales idóneos y concluyentes que el procedimiento reclamado tiene su origen en una condición médica preexistente, no declarada al momento de la suscripción del contrato, la cual, en adición, no fue objeto de autorización conforme a los procedimientos establecidos en la póliza, en aplicación del principio de fuerza obligatoria de los contratos (pacta sunt servanda).

C) Aduce que la instrucción del proceso permitió establecer, sin margen para duda razonable, que la demandante padece escoliosis desde la adolescencia, patología que generó una discrepancia en la longitud de las extremidades inferiores, constituyendo esta la causa directa del procedimiento quirúrgico cuyo costo se reclama.

D) Sostiene que quedó igualmente demostrado que, al completar el formulario de solicitud del seguro, la demandante —hoy recurrente— declaró no padecer afecciones del sistema músculo-esquelético, incurriendo así en una omisión o reticencia grave, incompatible con el deber de buena fe que rige el contrato de seguro.

E) Finalmente, señala que durante el proceso se evidenció una conducta procesal objetivamente cuestionable por parte de la recurrente, al depositar un formulario de solicitud incompleto, con omisión de páginas esenciales relativas a la declaración de su historial médico, lo que compromete la transparencia de la información sometida al debate.

7. El artículo 1315 del Código Civil dominicano establece la carga de la prueba, la cual en principio, es responsabilidad del demandante, ya que implanta el criterio de que todo aquel que alega un hecho en justicia debe probarlo y según jurisprudencia de nuestra Suprema Corte de Justicia, las partes están obligadas a aportar las pruebas de sus derechos mediante los procedimientos organizados por la ley, de donde resulta que el Juez está limitado a los documentos que le son sometidos al debate y que han sido producidos de acuerdo con la prescripciones legales[2].

[2] [redacted]. 1043, págs. 53-59.

8. La demanda primigenia tiene como objeto que sea condenada la parte demandada, hoy recurrida al pago de la suma de ciento cuarenta y cuatro mil ciento ochenta y seis dólares con 91/00 (US$144,186.91), por concepto de reembolso de los gastos médicos por osteoplastia de fémur izquierdo. Dicha reclamación se sustenta en la existencia de contrato de póliza suscrito entre la parte recurrente y la parte recurrida.

9. Conforme el artículo 1101 del Código Civil dominicano: “El contrato es un convenio en cuya virtud una o varias personas se obligan respecto de una o varias otras, a dar, hacer o no hacer alguna cosa”; entendiéndose que el contrato es una manifestación de la voluntad que tiene por objeto modificar la situación jurídica, ya sea creando, transmitido o extinguido un derecho. añadiendo el artículo 1134 del Código Civil dominicano, que: Las convenciones legalmente formadas tienen fuerza de ley para aquellos que las han hecho. No pueden ser revocadas, sino por su mutuo consentimiento, o por las causas que estén autorizadas por la ley. Deben llevarse a ejecución de buena fe.

10. La Ley 146-02, sobre Seguros y Fianzas, artículo 1 literal b, define el contrato de seguros como: “Es el documento (póliza) que da constancia del acuerdo por el cual una parte contratante (Asegurador), mediante el cobro de una suma estipulada (Prima), se obliga a indemnizar o pagar a la segunda parte contratante (asegurado o propietario de la póliza) o a una tercera persona (Beneficiario, Cesionario, Causahabiente o Similares), en la forma convenida, a consecuencia de la ocurrencia de un siniestro o por la realización de un hecho especificado en la póliza”.

11. En esa tesitura, no es un hecho controvertido entre las partes la existencia del contrato de póliza y que el mismo se encontraba pagado en tiempo oportuno por el asegurado.

12. De manera que el hecho que corresponde analizar es en referencia a la ejecución o no de la póliza, si cometió alguna falta el asegurado o por el contrario fue la aseguradora quien falto a su obligación contractual. Para determinar este aspecto se hace necesario verificar la noción de “Condición de pre-existente" en el marco del contrato de póliza de salud y además si la no activación de la cobertura por parte de la aseguradora se encuentra o no justificada.

13. Al respecto, en el contexto de las demandas de ejecución de póliza, es criterio de la jurisprudencia que, “en las demandas de ejecución de pólizas de seguro, resulta imprescindible que los jueces apoderados comprueben lo siguiente: (a) la existencia de un contrato de seguro válido, (b) el hecho de un siniestro o evento que cause un daño al asegurado, (c) la ocurrencia de dicho evento durante el período de vigencia de la póliza, (d) la cobertura de la eventualidad o riesgo por la póliza y (e) la determinación y cuantificación de los daños sufridos a fin de que la entidad aseguradora desembolse los fondos necesarios para remediarlos dentro de los límites pactados. Estas condiciones son independientes de aquellas necesarias para comprobar si la compañía aseguradora comprometió su responsabilidad civil al negarse a ejecutar la póliza contratada.[3]

14. En la especie, no es un hecho controvertido entre las partes la existencia del contrato de póliza, ni la ocurrencia del procedimiento médico cuyo reembolso se reclama. El punto controvertido se centra en determinar si la condición médica que dio origen a dicho procedimiento se encontraba amparada por la cobertura contratada o si, por el contrario, se encontraba comprendida dentro de las exclusiones previstas en la póliza suscrita por las partes.

3 SCJ, 1.era. Sala, 13 de agosto de 2014, núm. 34, B. J. 1245, pp. 361-369.

15. En este sentido el estudio de los documentos aportados al expediente hemos determinado la ocurrencia de los hechos siguientes:

a) En fecha veintidós (22) del mes de enero del año dos mil quince (2015), los señores [redacted] y [redacted] suscribieron una solicitud de seguro, con la razón social Claria Life and Health Insurance Company / [redacted]. En dicha solicitud, los hoy recurrente completaron el cuestionario relativo a su historial médico.

b) En el cuestionario contenido en la solicitud, los asegurados declararon no padecer enfermedades o trastornos del sistema músculo-esquelético, ni enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas, deformidades o problemas físicos del desarrollo. Asimismo, hicieron constar determinadas respuestas afirmativas respecto de otros antecedentes médicos como enfermedades cardiovasculares o circulatorias, enfermedades o desórdenes de los ojos, nariz, oídos y garganta, operaciones estéticas, cirugía oral, condición dental, infección o tratamiento de pérdida de peso; de igual manera afirmaron que fueron avisados de necesitar o se ha realizado alguna prueba diagnóstica o prueba médica especial (Rayos X, electrocardiograma, radiología, prueba de sangre); respondieron de manera afirmativa que fueron avisados y de que está tomando algún medicamento o existe alguna razón por la cual debe de estar tomando algún medicamento y el uso de alguna forma de tabaco.

c) De igual manera, la parte recurrente en el formulario de solicitud del seguro declaro que toda la información suministrada era veraz y completa, reconociendo expresamente que la aseguradora se fundamentaría en dichas declaraciones para decidir la emisión de la póliza. Igualmente, los solicitantes, aceptaron que cualquier

omisión, inexactitud o información incompleta podría dar lugar a la modificación, cancelación o rescisión de la póliza, así como a la denegación de reclamaciones futuras. Tal declaración está contenida en el apartado denominado "DECLARACION Y SOLICITUD DE INSCRIPCION/AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION MEDICA." del formulario de solicitud que se indica en párrafo anterior y que forma parte de los medios de pruebas aportados a esta sala de la Corte.

d) Del mismo modo, en el formulario de solicitud quedó establecido que la cobertura se encontraba sujeta a la evaluación del historial médico de los solicitantes y que las condiciones preexistentes podrían ser limitadas, excluidas o generar la denegación de beneficios conforme a las estipulaciones contractuales. La solicitud definía como condición preexistente toda afección o síntoma que, antes de la entrada en vigor de la cobertura, hubiese requerido o ameritado consejo médico, diagnóstico, tratamiento o atención especializada.

e) En fecha catorce (14) del mes de noviembre del año dos mil veintidós (2022), el doctor Han Jo Kim, MD, del Hospital de Cirugía Especial, evalúo a la hoy parte recurrente, señora [redacted]. Como resultado de dicha evaluación emitió un informe médico, en la que en el apartado denominado "plan", en la parte in fine, expresa lo siguiente: "He discutido ampliamente con la paciente los estudios de imagen, el diagnóstico y mis recomendaciones. Le he explicado la historia natural de su enfermedad y he revisado con ella las opciones quirúrgicas y no quirúrgicas razonables. En este punto, le he aconsejado que consulte con el Dr. Rozbruch aquí en el Hospital de Cirugía Especial

para su discrepancia en la longitud de la pierna para una posible igualación de la longitud de la pierna". Además, indicó el doctor, que el referimiento a la consulta con el doctor [redacted], era necesario previo al tratamiento de los problemas de la columna vertebral que presentaba.

f) En ocasión a la recomendación del doctor Han Jo Kim, la recurrente asistió a la consulta con el doctor [redacted], MD, del Hospital de Cirugía Especial. Al respecto, en fecha dieciocho (18) del mes de noviembre del año dos mil veintidós (2022). Como resultado de esta consulta el doctor [redacted], emitió la historia médica correspondiente a la señora [redacted] (en inglés y debidamente traducida), donde establece entre otras cosas lo siguiente: "La señora Lora es una mujer de 63 años que se presenta hoy por una discrepancia en la longitud de las piernas. Es de la República Dominicana. Tiene antecedentes de escoliosis desde que era adolescente y la sigue el Dr. Kim, que nos la remitió. Se dio cuenta de su discrepancia en la longitud de las piernas y le aconsejó que se ocupara de ello antes de cualquier procedimiento de escoliosis. En un principio acudió al Dr. Kim para mejorar su calidad de vida, ya que sentía que la escoliosis le causaba dolor y le gustaría seguir siendo activa." Su lado izquierdo es más corto que el derecho. Lleva una calza de 0,75" en el zapato izquierdo que le resulta cómoda. Se queja de dolor en la rodilla izquierda y en la cadera derecha. Niega tener dolores importantes en la espalda. Afirma que el dolor de espalda es más molesto tras largos periodos sentada o tras largos periodos sin ejercicio regular. Tiene hipertensión, pero niega cualquier otro antecedente médico. Discrepancia en la longitud de las extremidades/problema de alineación: la izquierda es más corta que la derecha Síntomas: dolor, punzadas, desplazamientos Dolor en la rodilla izquierda,

dolor en la ingle derecha Comenzó: en la rodilla hace 10 años, en la ingle hace 9/2022 ¿Se trata de una lesión relacionada con el trabajo, los peatones o los vehículos de motor? No Frecuencia: esporádica con la actividad Empeora con: Se mejora con: descanso Nivel actual de dolor (sin dolor 0-10 máximo):3 Dolor reportado durante el alojamiento: /10. 1. Longitud Desigual de las Piernas M21.70 Evaluación. Mujer de 63 años que se presenta hoy por una discrepancia en la longitud de las piernas. Tras un examen físico y pruebas de imagen, se le detectó un DLR>L de 2,5 cm, con la mayor parte de la diferencia originada en el fémur. También se le detectó una deformidad en valgo de la rodilla Izquierda. Esta discrepancia en la longitud de las piernas, así como la escoliosis, conduce a una pelvis desigual y es probablemente la causa de su dolor de cadera Derecha y dolor de rodilla Izquierda debido a la compensación. Se beneficiaría de una corrección quirúrgica utilizando un clavo de alargamiento preciso. El plan sería alargar el fémur Izquierda 25 mm y corregir la deformidad en valgo utilizando un clavo preciso retrógrado. Este procedimiento nivelará la pelvis y enderezará la pierna, lo que debería aliviar su dolor de cadera Derecha y de rodilla Izquierda. La cirugía se realiza normalmente bajo anestesia espinal. Durará unas 2-3 horas. Permanecerá en el hospital unas 2 noches. Tardará aproximadamente 1 mes en alargarse 25 mm. A esto le seguirá un periodo de consolidación de aproximadamente otros 2 meses. Durante la recuperación se realizará fisioterapia. con un enfoque en el estiramiento de la rodilla y la cadera Ella será parcial de soporte de peso en el lado Izquierda durante el proceso de recuperación con muletas o un andador para la asistencia. Empezará a hacer el estiramiento una semana después de la operación. Se le enseñará cómo hacerlo mientras esté en el hospital. Ella puede volver a trabajar después de 2 semanas si le gustaría y se siente listo. La veremos 2 semanas y 4 semanas después de la operación,

por lo que sería mejor para ella permanecer en el área de Nueva York durante este tiempo. Ella puede volver a casa a DR después de la fase de alargamiento. Probablemente podrá caminar con normalidad sin muletas unos 3-4 meses después de la operación. Una vez que se recupere de la cirugía, ella puede seguir con el Dr. Kim con respecto a su escoliosis y seguir adelante con ese plan. Sugerimos que ella aumente su levantamiento de zapato Izquierda a 1 pulgada/2.5 cm hasta la cirugía. Esto nivelará su pelvis, con suerte disminuirá el dolor que experimenta, y empezará a ajustar su cuerpo a lo que será la longitud de sus piernas después de la operación. Ella necesitará un AP/lat del fémur de Izquierda y 3v rodilla de Izquierda en la visita preoperatoria, ambos ordenados.

g) En fecha 26 de enero de 2023, mediante desde el correo de Narda Cuello, se envió un email al correo de [redacted], con copia a Wilfredo Claria y [redacted], el cual dice textualmente los siguiente: “Buenas tardes. En respuesta a las atenciones por motivo Dx. Escoliosis que la asegurada ha tenido en los EEUU, y que por este motivo le planifican un proceder quirúrgico pronto; el seguro en respuesta a su solicitud de cobertura ha emitido la carta que se adjunta, para que le sea entregada una copia por adelanto a la cliente, mientras tanto, y se recibirá vía Courier. Cualquier duda que presente la asegurada cuando reciba la información de la carta, la cual se explica por sí sola, nos comunican de inmediato para poderle ofrecer debida atención y respuesta a sus inquietudes. Saludos.”

h) Adjunto al correo antes descrito, se encuentra la carta antes referida de fecha 25 de enero de 2023, emitida por el Dr. [redacted], la cual expresa textualmente lo siguiente: “Estimada cliente Sr. [redacted]: Reciba un saludo cordial del

equipo Global Assurance Group, administradores de los planes de seguro internacional CLARIA. Hemos recibido su reclamación solicitando al seguro cobertura para el siguiente diagnóstico: 1) Escoliosis. Después de haber revisado su solicitud, es nuestro deber transmitirle que la misma lamentablemente no cuenta con beneficios de cobertura bajo este contrato, basados en la siguiente exclusión: Sección 5 Exclusiones: 48. Tratamiento por dificultades de aprendizaje, problemas mentales y problemas físicos del desarrollo. Por lo anterior, en esta oportunidad el diagnóstico y los tratamientos propuestos, lamentablemente no cuentan con beneficios de cobertura bajo su póliza. Esperando haber dado una pronta respuesta a su solicitud, para cualquier información adicional, no dude en comunicarnos a través de las vías que se muestran al pie de la presente."

i) En fecha dieciocho (18) del mes de mayo del año dos mil veintitrés (2023), fue emitido un diagnóstico de contracción de rodilla izquierda, realizado a la señora [redacted], en el Hospital for Special Surgery International Center (en inglés y debidamente traducido), el que se establece que le fue practicado "El lugar de la osteotomía se eligió a 10 cm del fémur distal. En ese punto se realizaron múltiples orificios de perforación de forma transversal, pero en varias dianas dentro del plano axial. Este fue el paso de la osteotomía y también sirvió como orificios de ventilación durante el escariado. Se colocó un tornillo de bloqueo de anterior a posterior en el fémur distal 2 cm distal al lugar de la osteotomía en el tercio lateral medio del fémur. Esto se hizo para corregir la deformidad VALGUS. A continuación, se flexionó la rodilla sobre un tope se colocó percutáneamente un clavo de Steinmann de 2,4 mm a través del tendón rotuliano y hasta la escotadura distal del fémur. El punto de entrada en el canal intramedular

estaba en el vértice de la escotadura femoral y la línea de Blumensaat en la vista lateral y en el centro del hueso en la vista anterior. La colocación del perno de entrada fue excelente.

j) Certificado de Seguro, correspondiente a la asegurada la señora [redacted] y el seguro Claria Life and Health Insurance (en inglés y debidamente traducido), mismo que en la parte in fine de su primera página contiene textualmente lo siguiente: “Esta póliza paga los gastos médicos elegibles en base a las declaraciones de su solicitud, cláusulas adicionales emitidas en el momento de la suscripción si las hubiera, póliza, tabla de beneficios, disposiciones de la póliza, definiciones, limitaciones y exclusiones. Esta póliza tiene una cláusula para enfermedades preexistentes. Lea atentamente la póliza.”; Seguido en el párrafo segundo de la cláusula de derecho del referido documento: “Esta póliza se emite en base a la información suministrada en la solicitud, si cualquier información en la solicitud no es correcta o está incompleta, o cualquier información ha sido omitida, la compañía a sus discreción rescindirá, cancelará o modificará los beneficios del asegurado que omitió información, el asegurado principal, cónyuge y dependientes, independientemente de si los otros asegurados omitieron información o no”; Así mismo en las definiciones del certificado párrafos 72 y 73, contenidos en las páginas 10 y 11, establecen que: “El término “Afección Preexistente” hará referencia cualquiera de las siguientes: 1) Una afección que hubiera hecho que una persona buscara consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento antes de la fecha de entrada en vigor individual de la cobertura según este certificado; 2) Una afección para la que se buscó, recomendó o recibió consejo médico, diagnostico, atención o tratamiento, incluyendo medicación, antes de la fecha de entrada en vigor individual

de la cobertura según este certificado; 3) los síntomas que se presentaron antes de la fecha de entrada en vigor individual de la cobertura según este certificado; 4) una afección que se manifestó antes de la fecha de vigencia individual de la cobertura bajo este certificado; 5) Gastos por embarazo incluyendo pre, post, parto, complicaciones del parto de la madre o del recién nacido dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de vigencia individual de la cobertura bajo este certificado. El administrador podrá emitir cláusulas adicionales para determinadas enfermedades preexistentes. Las enfermedades Preexistentes que se declaren de forma completa y precisa en la solicitud y sean aprobadas y aceptadas por el administrador, sin una cláusula adicional u otras restricciones, se cubrirán automáticamente con el máximo mínimo vitalicio de $50.000 y un límite de $5.000, por período de cobertura después de que la persona asegurada haya estado asegurada de forma continua durante 24 meses. En el momento de la solicitud y a discreción del administrador podrán ofrecerse prestaciones inmediatas con límites superiores.”

k) Conforme comunicación de fecha 13 de marzo de 2024, emitida por Espaillat Brokers, dirigida a Oscar se establece lo siguiente: “Me refiero al tema de la póliza de seguro de salud No. 1MU15-23578 que tengo contratada con Claria y de la cual no hemos recibido documentos para su renovación en este 2024, siendo la fecha de corte febrero de cada año. Esta situación me preocupa. En enero de este año, me llamaste para preguntar si iba a renovar y contesté afirmativamente. Obviamente no estuve pendiente de fecha pues, eso simplemente llega: la póliza y el formulario para autorizar el pago. A principios de marzo llamé para decirte que no había recibido documentos para renovación y que yo estaba enviando reclamaciones ... Expresé mi temor por estar desprotegida; me dijiste que no, que los seguros de salud no

funcionan así en ningún país del mundo. Que había sido un error y que ya habías pedido esa renovación y te la enviarían. Ayer te pregunté, vía wasap; me compartiste un mensaje de voz de alguien de Claria diciendo que estaban consultando al abogado por el tema de la demanda pero que se iba a resolver. Mi preocupación se mantiene. Tenemos viaje a Estados Unidos en dos semanas y pregunto, ¿tendré que comprar un seguro de viaje?

l) De igual manera se verifica en la sección 12 del formulario de solicitud de contrato de póliza, aportado como medio de prueba por los recurrentes, el cual fue firmado por la recurrente en fecha 22 de enero del año 2015, se establece que: "la cobertura no puede ser efectiva hasta que la parte contratante sea notificada por escrito por la entidad aseguradora Global Assurance Group y Claria Life and Health Insurance Company, y haya sido enterado de la fecha efectiva de cobertura; cualquier omisión, información incorrecta o incompleta causará que un siniestro sea negado y que el contrato de póliza sea modificado, o rescindido con efecto retroactivo desde la fecha de emisión en cualquier momento en el cual la información sea descubierta; la aprobación de cobertura con Claria Life and Health Insurance Company se basa en el cuestionario de la solicitud y estará sujeto al historial médico recibido. En el caso de que el administrador decida aplicar una exclusión por una condición preexistente a la póliza, cualquier monto de pago realizado en el pasado hacia un siniestro que resultó ser debido a una enfermedad preexistente se sumara a la prima del asegurado para su futura renovación."

16. En esa tesitura, del examen conjunto de los informes médicos emitidos por los Dres. Han Jo Kim, MD y [redacted] del Hospital de Cirugía Especial, esta corte ha podido

comprobar que la hoy recurrente presentaba antecedentes de escoliosis desde su adolescencia, así como una discrepancia en la longitud de las extremidades inferiores, resultado la pierna izquierda más corta que la derecha. Asimismo, de la documentación médica aportada se desprende que dicha discrepancia fue objeto de evaluación especializada y motivó la recomendación de una intervención quirúrgica correctiva.

17. De igual manera advertimos que en el expediente no se verifica ningún elemento médico que permita considerar la discrepancia en la longitud de las extremidades inferiores como una condición autónoma e independiente de la escoliosis que presenta la recurrente desde la adolescencia. Por el contrario, del informe emitido por el doctor Rozbruch se desprende que ambas condiciones fueron evaluadas de manera conjunta, estableciendo dicho especialista que la discrepancia de longitud de las piernas y la escoliosis producían aun pelvis desigual y guardaban relación con las molestias físicas que aquejaban a la recurrente, recomendándose la corrección quirúrgica como paso previo a cualquier eventual intervención relacionada con la escoliosis.

18. En estas circunstancias, aun cuando la discrepancia en la longitud en las extremidades inferiores puede responder, en sentido general a distintas causas, como puede ser la escoliosis, lo cierto es que, respecto del caso concreto, la documentación médica incorporada al expediente evidencia una vinculación clínica entre dicha condición y el cuadro de escoliosis previamente existente, sin que la recurrente haya aportado medio de prueba de naturaleza médica que permita a este tribunal arribar a una conclusión diferente.

19. De igual manera, en este caso no ha lugar el argumento de la parte recurrente relativo a que, al momento de contratar la póliza, desconocía la existencia de una afección del sistema músculo-esquelético. Esto así, porque en el presente caso la controversia no gira en torno al grado de conocimiento subjetivo que pudiera tener la asegurada respecto de su condición

médica, sino sobre la existencia de una afección antes de la entrada en vigencia de la cobertura y de los efectos que el contrato de seguro atribuye a dicha circunstancia.

20. Aún desde la óptica del mismo alegato de la recurrente, los medios de pruebas demuestran que la afirmación de desconocimiento absoluto de la condición resulta insostenible. Esto así porque la historia clínica emitida por el doctor [redacted] establece que la paciente utilizaba una calza de 0.75 pulgadas en el zapato izquierdo para compensar la diferencia de longitud de las extremidades. Asimismo, dicho informe recoge que la recurrente presentaba dolor de la rodilla izquierda desde hace 10 años; indicio este relevante pues el informe fue emitido en el año 2022 y la póliza fue contrada en el año 2015.

21. Si bien las circunstancias indicadas en el párrafo anterior no permiten concluir con certeza absoluta, que la recurrente conociera el alcance clínico exacto de la afección o que contara con un diagnóstico especializado al momento de suscribir la póliza, si constituyen indicios suficientes y concordantes de que la condición posteriormente reclamada presentaba manifestaciones funcionales perceptibles con anterioridad a la reclamación sometida a la aseguradora.

22. En consecuencia, aun cuando pudiera considerarse que la recurrente desconocía la denominación médica precisa o el origen exacto de su padecimiento, lo que los medios de pruebas revelan es que la afección de la recurrente no se corresponde con una evento aislado o enteramente desconocido, sino que se comprueba que es una condición que presentaba manifestaciones funcionales previas (dolor en la rodilla, uso de calza en el pie izquierda) y que requería medida de compensación antes de la intervención quirúrgica recomendada cuyo reembolso se reclama.

23. Habiéndose comprobado que la recurrente tenía manifestaciones funcionales previas (dolor en la rodilla, uso de calza en el pie izquierda) al contrato de seguro, resulta oportuno indicar que las estipulaciones contractuales incorporadas al expediente define que dentro del concepto de "afección preexistente" debe entenderse cualquier condición, síntoma que hubiera hecho que una persona buscara consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento antes de la fecha de entrada en vigor individual de la cobertura. Esto sin supeditar necesariamente dicha calificación a la demostración de un diagnóstico formal o al conocimiento técnico que pudiera poseer el asegurado.

24. Por tanto, la determinación de si la situación reclamada por la recurrente está dentro de la cobertura o no de la póliza debe ser evaluada a partir de la existencia objetiva de la condición médica y de las delimitaciones contractuales pactadas, más que desde la percepción subjetiva de la asegurada. Esto así porque resulta oportuno indicar, que, en materia de seguros, el riesgo cubierto no viene determinado de manera exclusiva por la ocurrencia de los sucesos, sino también por las condiciones, limitaciones y excepciones pautadas en el contrato de seguro. Por ello corresponde a los tribunales al momento de caso como el que nos ocupa, determinar si los sucesos pueden ser subsumidos objetivamente dentro de la delimitación contractual, sin que la interpretación pueda desbordar de manera descontextualizada el alcance del riesgo asumido por la aseguradora.

25. Habiéndose comprobado la existencia de antecedentes de escoliosis desde la adolescencia y la relación establecida en los informes médicos entre dicha condición con la discrepancia en las extremidades inferiores frente a la reclamación de reembolso, esta considera razonable la aplicación de la exclusión invocada por la parte recurrida, al tratarse de una situación que el contrato prevé como limitación o denegación de los beneficios.

26. De la valoración conjunta de la solicitud seguro, el certificado de póliza, los informes médicos y de la comunicación de negativa de cobertura, esta Corte comprueba que el procedimiento quirúrgico cuyo reembolso se reclama, no constituye un evento clínico aislado, sino una intervención médica que la documentación médica la sitúa en un momento previo a la contratación del seguro. En consecuencia, dado que se trata de una condición ubicada medicamente con anterioridad a la contratación y que además es una condición que la póliza contempla como limitación y exclusión de beneficios, es procedente confirmar la decisión tal y como estableció el tribunal de primer grado en lo referente a la ejecución de la póliza.

27. En otro aspecto la parte recurrente en su demanda inicial también solicitó que la parte recurrida sea condenada al pago de diez millones de pesos (RD$10,000,000.00) por concepto de daños y perjuicios como resultado del incumplimiento por lo pactado en el contrato de póliza de seguro. De su lado la parte recurrida solicitó su rechazo.

28. La jurisprudencia ha sido constante en indicar que el régimen de responsabilidad civil por incumplimiento contractual se configura cuando se verifican cuatro elementos constitutivos: (a) la existencia de un contrato válido entre las partes, (b) el incumplimiento de ese contrato, (c) el perjuicio y (d) el vínculo de causalidad entre el incumplimiento y el perjuicio que dicho incumplimiento ha causado.[4]

29. En la especie, aunque se encuentra acreditada la existencia de un contrato de póliza de seguro entre las partes, dicha circunstancia no basta, por sí sola, para comprometer la responsabilidad civil contractual de la aseguradora, pues era necesario demostrar, además,

4 SCJ, 1.ª Sala, 24 de febrero de 2021, núm. 75, B. J. 1323, pp. 936-944.

que esta incumplió una obligación exigible derivada de la póliza y que dicho incumplimiento produjo el perjuicio reclamado.

30. Sin embargo, conforme fue establecido precedentemente a partir de la valoración conjunta de la solicitud de seguro, el certificado de póliza, los informes médicos y la comunicación de negativa de cobertura, la prestación cuyo reembolso se reclama quedó comprendida dentro de las limitaciones o exclusiones contractualmente pactadas, sin que la parte recurrente aportara prueba médica suficiente que permitiera desvincular el procedimiento quirúrgico reclamado de la condición preexistente ya examinada por esta Corte.

31. En esas condiciones, la negativa de cobertura no puede ser considerada como un incumplimiento injustificado del contrato, sino como una actuación sustentada en la delimitación convencional del riesgo asumido por la aseguradora. Por consiguiente, al no haberse demostrado el incumplimiento imputable a la parte recurrida, falta uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil contractual, procede rechazar la pretensión indemnizatoria, al no quedar probado que el perjuicio alegado tenga por causa una falta contractual atribuible a la aseguradora.

32. En conclusión, al haber quedado establecido que el procedimiento médico cuyo reembolso se reclama se encuentra comprendido dentro de las limitaciones y exclusiones previstas en la póliza, y que la negativa de cobertura respondió a la delimitación convencional del riesgo asumido por la aseguradora, no procede acoger la solicitud de ejecución de la póliza. Asimismo, al no haberse demostrado un incumplimiento contractual imputable a la parte recurrida, tampoco se configura la responsabilidad civil contractual invocada ni el vínculo causal necesario para justificar la indemnización por daños y perjuicios reclamada. En consecuencia, resultan infundados los agravios formulados por la

parte recurrente, por lo que procede rechazar el recurso de apelación de que se trata y confirmar en todas sus partes la sentencia impugnada.

En cuanto las costas

33. Toda parte que sucumbe en justicia será condenada al pago de las costas, al tenor de lo dispuesto por el artículo 130 del Código de Procedimiento Civil, y en cumplimiento de tal mandato procede condenar a la parte recurrente en pago de estas, con distracción en favor de la parte recurrida, por haberlo este así solicitado.

La sentencia ha sido firmada por la mayoría requerida de los jueces que integran la sala.

No se hace constar el nombre y la firma de la magistrada Ileana Gabriela Pérez García por no haber participado de la deliberación del caso.

Esta Corte administrando justicia en nombre de la República por autoridad y mandato de la ley, en aplicación de las disposiciones establecidas en los artículos 68 y 69 de la Constitución y en ponderación de los textos convencionales y legales de la República Dominicana:

Falla:

Primero: Rechaza el recurso de apelación interpuesto por la señora [redacted], contra la sentencia civil número 036-2025-SSEN-00258, de fecha 15 de abril de 2025, dictada por la Tercera Sala de la Cámara Civil y Comercial del Juzgado de Primera Instancia del Distrito Nacional, y, en consecuencia, confirma en todas sus partes la sentencia impugnada, por los motivos dados.

Segundo: Condena a la parte recurrente, [redacted], al pago de las costas de procedimiento, con distracción en provecho del abogado de la parte recurrida, licenciado [redacted], quien afirma haberlas avanzado en su mayor parte.

Nuestra sentencia así se pronuncia, ordena y firma.

[redacted], certifico y doy fe que esta decisión ha sido firmada íntegramente de manera digital, por mí y las juezas y el juez que figuran en la estampa.

Aquí termina el documento