**RESOLUCIÓN N° 013/19**

**Vistos:**

Que, con fecha 23 de octubre de 2018, doña .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que .................. otorgue cobertura al siniestro ocurrido el 9 de octubre de 2016, conforme al contrato de Seguro de Accidentes Personales (+Vida Seguro de Accidentes) - Póliza Nro. ..................– EsSalud;

Que, la señalada reclamación cumple con los requisitos de materia, cuantía y oportunidad establecidos en el Reglamento de la DEFASEG (http://www.defaseg.com.pe/reglamento.html);

Que, habiéndosele corrido traslado el 6 de noviembre de 2018 de la respectiva reclamación, .................. no presentó el expediente relativo al siniestro, la póliza ni sus descargos dentro del plazo reglamentario correspondiente;

Que, el 4 de febrero de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, con la asistencia de ambas partes, quienes sustentaron su respectiva posición sobre la reclamación, absolviendo las diversas preguntas que les fuesen formuladas, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, de manera previa al inicio de la audiencia de vista, .................. presentó la documentación e información requerida el 6 de noviembre de 2018, entregándosele una copia a la reclamante y concediéndosele un plazo especial para que pueda expresar lo que estime conveniente a su derecho;

Que, la reclamación se sustenta en los hechos y fundamentos siguientes: a) Su difunto esposo, don .................., contrató la póliza de seguro – + Vida Seguro de Accidentes Personales en EsSalud desde junio 2011 a octubre 2016, pagando S/.5 por mes, con una cobertura por accidentes personales de hasta S/.75,000, b) El asegurado trabajó para la empresa .................. del 1 de junio de 2011 al 13 de junio de 2017, c) El 9 de octubre de 2016, mientras conducía un vehículo de su empleadora, su esposo sufrió un percance, a 35 Kms de Trujillo, a solo 40 Kms de llegar a su destino, siendo encontrado inconsciente, por lo que fue llevado al Hospital de EsSalud de Chocope donde se le diagnóstico derrame cerebral, lo cual originó una parálisis total de su cuerpo (cuadriplejía), d) La correspondiente comisión médica calificadora diagnosticó una gran incapacidad permanente, con un 82% de menoscabo, a partir del 9 de octubre de 2016, siendo que el asegurado falleció el 28 de marzo de 2018, luego de un largo padecimiento, e) Frente a lo ocurrido, solicitó la cobertura de la respectiva póliza, siendo que mediante carta del 27 de agosto de 2018 .................. rechazó otorgarla, sosteniendo que la causa del fallecimiento del asegurado no guardaba relación con un evento accidental, lo cual está equivocado porque la cobertura reclamada no es respecto al fallecimiento sino a la gran incapacidad permanente del 9 de octubre de 2016, lo cual se produjo en circunstancias en que el asegurado se encontraba trabajando como chofer del vehículo de la empresa .................., f) .................., mediante carta SNTROS.TRU Nro. ..................-2018, del 19 de setiembre de 2018, desestimó nuevamente la solicitud, bajo el argumento que la causa que originó la discapacidad no guardaba relación a un evento accidental, pese a que al asegurado se le ofreció un seguro que lo protegería contra “un accidente dentro o fuera del trabajo”, g) El inciso k) del artículo 2 del D.S. 009-97-SA, considera como accidente en el trabajo a toda lesión corporal producida en el centro de trabajo, o con ocasión de las labores para las que fue contratado el trabajador, causada por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, y que pueda ser determinada ciertamente por los médicos, y h) En consecuencia, por haberse producido la lesión de incapacidad permanente en horas en que el asegurado desarrollaba sus labores como chofer, ello califica como accidente de trabajo, por lo que corresponde el otorgamiento de cobertura;

Que, por su parte, .................. solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: a) La solicitud de otorgamiento de cobertura fue rechazada porque no es posible otorgar la cobertura de invalidez permanente, ni de muerte, por las enfermedades que padecía el asegurado, debido a que las mismas no fueron consecuencia de un accidente de trabajo, siendo que la reclamante estima que el derrame cerebral, y la parálisis total que sufrió su esposo, constituyeron un accidente de trabajo, b) Se destaca que el Diccionario .................. define como accidente a cualquier acto o hecho que derive de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria, que produce daños en las personas o en las cosas, definición que está recogida en las Condiciones Generales de la póliza contratada, rubro definiciones, numeral 1.1., en el cual se considera como accidente a todo evento fortuito, repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional originado por una fuerza o agente externo, c) El asegurado fue encontrado, luego de varias horas, inconsciente en el vehículo que conducía, siendo que en el Hospital Lazarte Echegaray fue diagnosticado con EVC (Enfermedad Vásculo Cerebral Hemorrágica), HTA (Hipertensión Arterial) y DM2 (Diabetes Mellitus II); luego de ello, el 13 de junio de 2017 se expidió el Certificado Médico Nro. .................., declarándose la gran incapacidad del asegurado atendiendo a los siguientes diagnósticos: Oclusión y Estenosis de Arteria Basilar, Diabetes Mellitus II c/complicación circulatoria y Secuela de Infarto Cerebral; por último, el 28 de marzo de 2018 se produjo el fallecimiento del asegurado, siendo que de acuerdo al Certificado de Defunción, las causas de su muerte fueron: Falla multiorgánica, Shock séptico y Neumonía respiratoria; d) Se aprecia, en consecuencia, que el asegurado sufrió una gran incapacidad y, posteriormente, falleció, como consecuencia de enfermedades y no como consecuencia de un accidente, siendo que entre las exclusiones del respectivo seguro consta si las lesiones o muerte, directa o indirectamente, total o parcialmente, proviene de cualquier enfermedad corporal o mental que no sean motivadas por accidentes amparados conforme a la póliza (capitulo IV de las Condiciones Generales, numeral 4.1), siendo que el asegurado conocía del régimen de exclusiones por constar en un folleto informativo que refiere haberse recibido, conforme a la carta de la reclamante del 6 de setiembre de 2018, e) No se está, en consecuencia, ante un accidente de trabajo que haya derivado en la invalidez permanente o en la muerte del asegurado, siendo que lo que explica dicha invalidez y muerte no fue ocasionado por accidente alguno, conforme está previsto en el correspondiente contrato de seguro, y f) habiendo actuado conforme a la póliza y normativa vigente, corresponde confirmar el rechazo de cobertura;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este colegiado pueda expedir su pronunciamiento sobre el caso sometido a su conocimiento, sobre la base de la información y de los medios probatorios facilitados por las partes;

**Considerando:**

**Primero:** Conforme a su Reglamento, laDEFASEG está orientada a la protección de los derechos de los asegurados o usuarios de los servicios del seguro privado contratados en el país, mediante la solución de controversias que se susciten con las empresas aseguradoras, respecto de rechazos o liquidación de cobertura de siniestros; entendiéndose por “asegurados” y “usuarios de seguros” a los asegurados propiamente dichos, a los contratantes del respectivo seguro y/o a los beneficiarios nombrados en las pólizas.

**Segundo:** Asimismo, de acuerdo a su Reglamento, la DEFASEG sólo es competente para pronunciarse y resolver las reclamaciones indemnizatorias de los asegurados que hubiesen sido sometidas a su conocimiento, sobre la base de la documentación obrante en el correspondiente expediente y con arreglo a derecho, siempre y cuando las señaladas reclamaciones cumplan los requisitos reglamentarios de materia, cuantía y oportunidad, de manera que las reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura, como pueden las pretensiones indemnizatorias por daños y perjuicios, por reembolso de gastos, o idoneidad de servicios, son ajenas a la competencia funcional de esta Defensoría.

**Tercero:** Que, de acuerdo a la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro, norma legal vigente con ocasión de la celebración del contrato al cual se contrae el presente caso, todas las cuestiones jurídicas se rigen por lo dispuesto en dicha ley y por las que reglas que se acuerden convencionalmente, en cuanto no vulneren los principios esenciales de la naturaleza jurídica del seguro, siendo que sólo se aplica el derecho común a falta de disposiciones del derecho de seguros o de protección al consumidor.

**Cuarto:** Que, el artículo 1361 del Código Civil dispone que los contratos son obligatorios en cuanto se haya expresado en ellos, presumiéndose que lo declarado es lo querido por ambas partes, de manera que la parte que sostenga lo contrario debe probarlo.

**Quinto:** Que, conforme alartículo 196 del Código Procesal Civil, la carga de la prueba corresponde a quien afirma hechos que configuran su pretensión, o a quien los contradice alegando nuevos hechos, salvo disposición legal diferente.

**Sexto:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación, en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida radica en determinar si el rechazo de cobertura se ajusta o no a Derecho.

Para dicho efecto, debe analizarse si el siniestro reclamado corresponde o no, de un lado, a la materialización de un riesgo aceptado por la aseguradora, conforme a la respectiva póliza y, de otro lado, si corresponde o no a una de las exclusiones contenidas en la póliza de seguro.

Como cuestión previa, merece destacarse que no es materia controvertida el conocimiento del régimen de exclusiones de cobertura, el mismo que está contenido en el folleto informativo presentado en su oportunidad (carta del 6 de setiembre de 2018 dirigida por la reclamante a ..................), por lo que las mismas son oponibles, al haber sido el asegurado informado oportunamente, conforme es expresamente declarado.

**Sétimo:** En materia de seguros es aceptado que la cobertura se puede delimitar tanto positiva como negativamente. Lo primero ocurre a través de los riesgos aceptados por la aseguradora, siendo que en el presente caso se está ante una póliza de riesgos nombrados, lo cual corresponde a una relación taxativa. Y lo segundo se produce a través del régimen de exclusiones, identificándose los supuestos que no derivarán en la inexigibilidad de cobertura, exclusiones que deben aplicarse literal, rigurosamente, descansando su carga probatoria en la aseguradora.

**Octavo:** En lo que se refiere a los hechos ocurridos, descritos en la reclamación y ratificados con ocasión de la audiencia de vista, es inmediatamente apreciable que corresponden a la materialización de un riesgo que no fue aceptado en su oportunidad por la aseguradora, al no corresponder a las coberturas contratadas respecto al asegurado (titular): (i) Muerte Accidental, (ii) Invalidez Permanente Total por Accidente e (iii) Invalidez Permanente Parcial por Accidente. Conforme destaca .................. en sus descargos, la propia póliza contiene una definición de “accidente” entendiéndose como tal a un evento fortuito, repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional, causado por una fuerza ajena o agente externo.

Es así que lo ocurrido cuando el asegurado prestaba servicios, conduciendo un vehículo de propiedad de su empleadora, fue un evento accidental en sentido lato, más no en sentido estricto según las definiciones contractuales. Y para ello debe considerarse que el asegurado soportó lo que se conoce comúnmente como un derrame cerebral, producido como consecuencia de las enfermedades que ya padecía, entre ellas, hipertensión arterial y diabetes mellitus II. Conforme a ello, la invalidez total y permanente que fue finalmente certificada se explica por enfermedad, no por accidente (causa ajena), por lo que no se puede exigir el otorgamiento de una cobertura inexistente, no asumida o aceptada por ...................

De manera correlativa, la póliza contempla como exclusión a las lesiones que se deban, directa o indirectamente, total o parcialmente, por enfermedades corporales o mentales, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos, que no sean motivados por accidentes amparados por la respectiva póliza. Siendo que la invalidez proviene finalmente por enfermedades corporales del asegurado, ello corresponde a una exclusión de cobertura.

En consecuencia, el evento ocurrido no corresponde a un riesgo aceptado por la aseguradora, y siendo que ha quedado acreditado que tales coberturas, y sus respectivos requisitos, eran de conocimiento del asegurado, debe concluirse que resultan siendo oponibles, por lo que el rechazo de cobertura es legítimo, con arreglo al contrato de seguro y a la normativa en materia de seguros.

**Noveno:** Por último, este colegiado exhorta a .................. para que cuide de presentar oportunamente sus descargos, así como la documentación solicitada, evitando generar innecesarias dilaciones en la tramitación de las reclamaciones presentadas ante esta Defensoría.

**Atendiendo a lo expresado, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que existen razones fundadas para estimar que el rechazo de cobertura al cual se contrae la presente reclamación posee legitimidad, por lo que resuelve:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por doña .................. contra .................., dejándose a salvo su derecho de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 11 de febrero de 2019

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana

Presidenta Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal