RESOLUCIÓN N° 018/19

**Vistos:**

Que, doña **................** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que **................ SEGUROS** otorgue cobertura al siniestro representado por el fallecimiento de su conviviente, el asegurado, don **................**, hecho ocurrido el 24 de febrero de 2018, conforme al **SEGURO DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ................**.

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);

Que, habiéndosele corrido traslado de la respectiva reclamación, ................ presentó el 26 de noviembre de 2018 sus respectivos descargos y la documentación solicitada;

Que, el 14 de enero de 2018 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia de las partes, quienes sustentaron su posición tratándose de la reclamación presentada, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta, con lo que el proceso quedó en condiciones para que esta Defensoría expida su pronunciamiento;

Que, la reclamación se sustenta resumidamente en lo siguiente: (1) solicita la cobertura del seguro de desgravamen por el fallecimiento de su conviviente; (2) el asegurado falleció como consecuencia de una cardiopatía dilatada a consecuencia de una falla cardiaca crónica descompensada.

Que, por su parte, ................ solicita que la reclamación sea declarada infundada, por las razones que se enuncian resumidamente a continuación: (1) no procede la cobertura del siniestro por cuanto el asegurado tuvo una enfermedad preexistente; (2) de acuerdo al certificado de defunción, la causa básica de la muerte del asegurado fue una cardiomiopatía dilatada, a consecuencia de una falla cardiaca crónica descompensada padecida por el asegurado antes del deceso: “*Enfermedad que produjo la muerte directamente: Cardiomiopatía dilatada – intervalo 1 año, Causas antecedentes: Falla cardíaca crónica descompensada – intervalo 20 años”*; (3) la enfermedad causante del deceso fue diagnosticada desde antes del inicio de vigencia de la Póliza ................, esto es el 30 de setiembre de 2017; (4) el asegurado suscribió la solicitud /certificado de Seguro de Desgravamen de Créditos N° ................ el 30 de septiembre de 2017; (5) el 15 de marzo de 2018, solicitaron a la reclamante que presente la historia clínica completa del establecimiento de salud donde el asegurado haya sido diagnosticado y atendido por los padecimientos de salud causantes del fallecimiento; (6) la reclamante presentó la historia clínica el 26 de abril de 2018, y el 10 de mayo de 2018 se rechazó el siniestro.

En la audiencia de vista se requirió a la aseguradora que presente a la Defensoría el cargo de ingreso de la Historia Clínica a ................ y que presente el cargo de notificación de la carta de rechazo.

Con fecha 21 de enero de 2019, ................ presentó copia de los correos enviados por la encargada de los envíos de carta, donde se explica carta de rechazo fue diligenciada por el Courier el 18 de mayo de 2018 como “rezagada/dirección no existe”.

En el escrito presentado, se precisa que la aseguradora efectúo una nueva búsqueda en sus sistemas y en la RENIEC, donde se consignaba la dirección inexistente de “................. Con el dato del número telefónico encontrado, la aseguradora procedió a llamar y se le brindó la siguiente dirección para el envió del documento: “................, referencia, altura Paradero 23, Casa con Techo de Eternit”.

**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, 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:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación y en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida radica en determinar si en el presente caso se ha verificado o no un supuesto de siniestro consentido por haberse demorado la aseguradora en pronunciarse sobre el pedido de cobertura más allá del plazo legal.

De concluirse que no ha operado la figura del siniestro consentido, la controversia consistirá en determinar si en el presente caso se ha verificado o no un supuesto de preexistencia que configura una exclusión de cobertura.

**QUINTO:** Sobre el primer extremo cabe tener en cuenta que, de acuerdo al artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro, en los casos en que objetivamente, no exista convenio de ajuste, sea porque no se ha requerido la participación del ajustador o este aún no ha concluido su informe, se entiende consentido el siniestro, cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro.

Conforme con el citado artículo, resulta evidente que un presupuesto para que corra el plazo de cómputo del supuesto de siniestro consentido es que se haya completado toda la documentación e información exigida en la póliza para la liquidación del siniestro.

Por ello, corresponde en el presente caso determinar cuándo corresponde entender que se ha “completado toda la documentación e información exigida para la liquidación del siniestro”.

Esta Defensoría entiende que ello ocurre cuando de la documentación presentada, la aseguradora toma conocimiento de todas las circunstancias y hechos que puede invocar como fundamento para sustentar su pronunciamiento.

En el presente caso, consta que mediante carta ................ de fecha 15 de marzo de 2018, diligenciada bajo puerta según cargo de fecha 03 de abril de 2018, a la dirección que el Courier indica en nota: “................, referencia Casa con Techo de Eternit, telf.. ................ (visitar a partir de las 2 pm), la aseguradora requiere para revisar el caso la presentación de la Historia Clínica completa, foliada y fedatiada.

Que conforme se aprecia en autos, la Historia Clínica fue fedateada y foliada el 04 de abril del 2018.

Según ................ la Historia Clínica fue recibida el día 26 de abril del 2018.

Dicha fecha no puede ser considerada el término inicial del plazo legal previsto en el artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro. En efecto, como ya se ha pronunciado esta Defensoría en reiterados precedentes, para el cómputo del término inicial del plazo legal para que la aseguradora emita su pronunciamiento sobre la solicitud de cobertura, en los casos de una póliza colectiva o grupal, como ocurre en el presente caso, se debe considerar como fecha de entrega de la documentación el día en que esta se presenta al Contratante del Seguro, que es el canal de comercialización utilizado por la aseguradora.

Es por esa razón que, en esta reclamación, se solicitó a ................ que presente el cargo de ingreso de la Historia Clínica a ................, con la finalidad de verificar que el pronunciamiento de rechazo diligenciado el día 18 de mayo de 2018 a la dirección “................, referencia, altura Paradero 23, Casa con Techo de Eternit” se hizo en tiempo oportuno o no.

En la medida que el control de la prueba está en cabeza de la aseguradora, y es a ella a quien corresponde probar que ha emitido un rechazo dentro del plazo legal de 30 días, el colegiado aprecia que ................ no ha cumplido con descargar un extremo principal controvertido en la presente reclamación.

Dado que la Historia Clínica fue fedateada y foliada el 04 de abril del 2018 por el Hospital María Auxiliadora, es razonable suponer que la reclamante entregó la documentación a ................ en la primera quincena de abril del 2018, esto es antes del 18 de abril.

Por lo tanto, para esta Defensoría existen indicios razonables que, en el presente caso, ha existido una demora imputable a la aseguradora al emitir su rechazo de cobertura, excediendo el plazo de treinta (30) días con que contaba ................ para pronunciarse. En esa medida, este Colegiado aprecia que dicha aseguradora no ha observado el plazo legal y ha formulado un pronunciamiento extemporáneo.

Por lo tanto, conforme al artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro, se debe entender como consentido el siniestro.

**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 no posee legitimidad, por lo que resuelve:**

Declarar **FUNDADA** la reclamacióninterpuesta por **................** contra **................ SEGUROS**, debiendo la aseguradora cumplir con otorgar la cobertura reclamada del **SEGURO DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ................** como consecuencia del fallecimiento de su señor conviviente el asegurado don **................**.

Lima, 11 de febrero de 2018

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana

 Presidenta Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal