**RESOLUCION N° 037/19**

**VISTOS**

Que con fecha 14 de Febrero de 2019, ................, interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ................ otorgue cobertura al siniestro ocurrido por Invalidez Total y Permanente del asegurado, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Supercash N° ................

Que, la señalada reclamación cumple con las exigencias de materia, cuantía y oportunidad establecidas en el reglamento de la DEFASEG, habiéndose presentado dentro del plazo que corresponde de acuerdo a dicho reglamento.

Que, habiéndose corrido traslado de la señalada reclamación, ................ con fecha 26 de Febrero de 2019 ha presentado su contestación a la Reclamación adjuntando la Póliza y los documentos relativos al siniestro.

Que, con fecha 18 de Marzo de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, a la cual no asistió ninguna de las partes, pese a habérseles notificado de acuerdo a reglamento, quedando entonces el expediente a la fecha en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento, tomando en consideración los documentos que obran en el expediente.

Que el reclamante ................, solicita que ................ Seguros proceda a la atención del siniestro ocurrido por Invalidez Total y Permanente por enfermedad, de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Supercash N° ................, por las siguientes resumidas razones: 1)Que, mediante carta N° ................ de fecha 09 de Enero de 2019, previo a la petición del asegurado para que se active el seguro de desgravamen en su caso, toda vez que conforme al Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez N° ................ expedido por el Comité Médico de las AFP de fecha 13 de Setiembre del 2018 se le calificó una Invalidez Total y Permanente a partir del 16 de Noviembre de 2018 con un 70% de menoscabo, cuyo diagnóstico de la enfermedad y conforme a la Historia Clínica, data del 11 de Octubre de 2016, lo que el asegurado no encuentra arreglado a ley ya que la aseguradora sin precisar y tener en cuenta válidamente la fecha de la póliza y del siniestro, niega su petición al referir que no tiene cobertura .2) Que, al respecto, el asegurado precisa y en referencia a la póliza cuya fecha de inicio data del 18 de Febrero del año 2016 y más aún, que conforme a la carta de la aseguradora ha precisado como fecha de ocurrencia el 16 de Noviembre de 2018 (inicio de la invalidez total y permanente), causa sorpresa al señalar que la enfermedad corresponde a una preexistente a la fecha de contratación de la póliza de seguro, cuando de acuerdo a lo antes señalado dicha póliza se contrató con fecha 18 de febrero del 2016, fecha anterior al siniestro o diagnóstico de la enfermedad. Que, se precisa en lo real y evidente que se debe considerar que el inicio de la póliza data del 18 de Febrero de 2016 y como fecha de siniestro, el 11 de octubre de 2016, fecha posterior al contrato, por tanto no se tiene como enfermedad preexistente a la fecha de celebración del contrato. 3) Que, para determinar la actitud de la aseguradora en denegar la cobertura que le corresponde, el asegurado pone en conocimiento que en el mes de Diciembre de 2017 con la intención de activar la cobertura presentó su dictamen de Evaluación y Calificación expedido por la COMAFP, pero dicho dictamen tenía como calificación una Invalidez de grado Total pero Temporal, el mismo que fue excluido por la aseguradora al no cumplir con la condición para la aplicación de la cobertura, que indica que la Invalidez debe ser Total y Permanente, lo que amerita con ello que la compañía cubriría las indemnizaciones previstas por la póliza al cumplir con la documentación que determina la Invalidez Total y Permanente por enfermedad.

Que, por su parte ................ Seguros solicita se declare infundada la reclamación por las siguientes resumidas razones: 1) Que, con fecha 18 de Febrero de 2016 el señor ................ contrató un préstamo Supercash con Banco ................ Perú S.A., así como ingresó a la póliza grupal de Seguro de Desgravamen Supercash N° ................, con coberturas de Muerte e Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente. 2) Que, con fecha 30 de Noviembre de 2017, la COMAFP emite el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez N° ................ estableciendo la calificación de Invalidez del asegurado con grado Total y naturaleza Temporal, siendo que de acuerdo a las condiciones de la póliza se establece que a efectos de aplicar la cobertura, el asegurado se debe encontrar en situación de Invalidez Total y Permanente. 3) Que, en ese orden de ideas, la solicitud del asegurado no fue atendida por ................, ya que el reclamante no cumplió con presentar la documentación sustentatoria que acredite el estado de Invalidez Total y Permanente. 4) Que, de acuerdo a lo indicado por el Banco, posteriormente el señor ................, con fecha 03 de Mayo de 2018 contrató un nuevo préstamo Supercash, así como otro seguro de Desgravamen a fin de que se brinde cobertura al saldo insoluto de este nuevo crédito, con fecha de inicio de vigencia 03 de mayo de 2018. 5) Que, con fecha 17 de Noviembre de 2018, el señor ................ remite un correo electrónico a ................ adjuntando el Dictamen de evaluación y calificación de invalidez N° ................, que establece una Invalidez Total y Permanente a consecuencia del diagnóstico de “Miastenia Gravis y otros trastornos neuromusculares”; así mismo la COMAFP establece como fecha de inicio de la vigencia de dicha calificación TOTAL Y PERMANENTE, el 16 de Noviembre de 2018. 6) Que, con fecha 12 de diciembre de 2018, el señor ................ remite la Historia Clínica, donde se evidencia el padecimiento del diagnóstico de Miastenia Gravis, que justamente ocasiona el estado de invalidez total y permanente desde Octubre de 2016, esto es, antes del desembolso del crédito Supercash del 03 de mayo de 2018. 7) Que, ................ de forma justificada procedió con el rechazo de la solicitud de cobertura del saldo insoluto respecto al préstamo realizado el 03 de mayo de 2018, al haber incurrido en una causal de exclusión por preexistencia. 8) Que, finalmente, respecto al préstamo Supercash realizado el 18 de Febrero de 2016, cabe señalar que a Noviembre de 2018, cuando el señor ................ es diagnosticado finalmente de Invalidez Total y Permanente por la COMAFP, de acuerdo a lo informado por el Banco, dicho préstamo Supercash no contaba con saldo pendiente.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que conforme a su reglamento la DEFASEG 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” o “usuarios de seguros” a los asegurados propiamente dichos, a los contratantes del respectivo seguro y/o a los beneficiarios nombrados en la póliza.

**SEGUNDO**: Que, así mismo, de acuerdo a su reglamento la DEFASEG solo 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 y cuantía.

**TERCERO**: Que el artículo 1 de la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguros dispone que el contrato de seguro es aquel por el que la aseguradora se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los limites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, enmarcado en una póliza que la aseguradora debe entregar al contratante y cuyos requisitos mínimos están previstos en el artículo 26 de la señalada ley.

**CUARTO**: Que, el artículo 1361 del Código Civil dispone que los contratos sean 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, en materia procesal, corresponde a quien invoca hechos probar su existencia, carga procesal a la que se refiere el artículo 196 del Código Procesal Civil, salvo que se acoja a alguna presunción legal de carácter relativo o absoluto.

**SEXTO:** Que, de acuerdo a los términos contenidos en la reclamación, y a los documentos que obran en el expediente, la materia controvertida sometida al conocimiento de este colegiado radica en determinar si el motivo del rechazo del siniestro, expresado por ................ en su carta ................ de fecha 09 de Enero de 2019, se encuentra sustentado de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Supercash contratada y a la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguros.

**SETIMO:** Que, el rechazo expresado por la aseguradora en su carta mencionada en el Considerando Sexto, se sustenta en que la enfermedad (Miastenia Gravis y otros trastornos neuromusculares) es preexistente a la fecha de desembolso del préstamo (fecha de inicio de la cobertura).

**OCTAVO**: Que, en respuesta a lo mencionado por la aseguradora en el Considerando Sétimo, el asegurado manifestó su disconformidad con el rechazo de la cobertura, en razón de indica que el inicio de vigencia de la póliza fue el 18 de Febrero de 2016, que el diagnóstico de la enfermedad data del 11 de Octubre de 2016, y que la calificación de Invalidez Total y Permanente fue a partir del 16 de Noviembre de 2018.

**NOVENO.-** Que, en relación a lo manifestado por la aseguradora y el reclamante en los Considerandos Sétimo y Octavo y del análisis de los documentos que obran en el expediente, este colegiado aprecia lo siguiente:

1. Que, con fecha 18 de Febrero de 2016, el reclamante contrató un préstamo Supercash con Banco ................, ingresando a la póliza grupal de Seguro de Desgravamen Supercash N° ................, la misma que cubre el saldo insoluto del préstamo por enfermedad y/o accidente, a consecuencia de INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
2. Que, con fecha 30 de Noviembre de 2017, la COMAFP emite el Dictamen de evaluación y calificación de invalidez N° ................, estableciendo la calificación de Invalidez del asegurado con grado TOTAL y naturaleza TEMPORAL
3. Que, ese reclamo no fue atendido por la aseguradora, en razón de que para que la cobertura se active la Invalidez debe ser TOTAL Y PERMANENTE.
4. Que, de acuerdo a lo informado por el Banco, posteriormente el asegurado con fecha 03 de mayo de 2018, contrató un nuevo préstamo Supercash, así como otro Seguro de Desgravamen Supercash, a fin de que se brinde cobertura al saldo insoluto de este nuevo préstamo.
5. Que, con fecha 17 de Noviembre de 2018, el asegurado remite un correo electrónico a la aseguradora adjuntando un dictamen de evaluación y calificación de Invalidez, que establece una Invalidez Total y Permanente a consecuencia del diagnóstico de Miastenia Gravis y otros trastornos neuromusculares, siendo el inicio de la vigencia de dicha calificación el 16 de Noviembre de 2018.
6. Que de lo que aparece en la Historia Clínica del reclamante, se evidencia el padecimiento del diagnóstico de Miastenia Gravis, que justamente ocasiona el estado de Invalidez Total y Permanente, desde Octubre de 2016, es decir, desde antes del desembolso del crédito del 03 de Mayo de 2018 (inicio de la vigencia de la póliza).
7. Que, por último, a la fecha de la calificación de la Invalidez Total y Permanente del asegurado (16 de Noviembre de 2018), el primer Préstamo Supercash, ya había sido cancelado y por lo tanto no existía saldo insoluto que cubrir.

Que, por lo tanto, al ser la enfermedad que ocasionó la Invalidez Total y Permanente, preexistente, al inicio del segundo préstamo Supercash, es de aplicación la exclusión que figura en las Condiciones de la Póliza y que expresa lo siguiente:

**“EXCLUSIONES**

*Esta Póliza no cubre los siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente a:*

*(…)*

1. *Las enfermedades graves o crónicas pre-existentes al inicio del seguro y de conocimiento del asegurado.*

Que, en atención a todo lo expresado, se considera que el rechazo posee legitimidad.

Que, en consecuencia, esta Defensoría del Asegurado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por MARCO ROJAS ATUNCAR contra ................ SEGUROS, dejando a salvo el derecho del reclamante para recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 25 de Marzo de 2019

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana

Presidente Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal