****RESOLUCION N° 048/2019****

**VISTOS:**

Que, don **..........................** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) contra **.......................... PERÚ VIDA**, solicitando se le otorgue la cobertura del **SEGURO DE DESGRAVAMEN GRUPAL - 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, la aseguradora presentó sus descargos y la documentación solicitada.

Que, conforme al Reglamento de la DEFASEG, atendiendo a la cuantía de la reclamación interpuesta, la misma que no supera el importe de US$ 3,000 (o su equivalente en moneda nacional), aquélla pueda ser resuelta por un órgano resolutivo unipersonal, en el presente caso, a cargo del vocal que suscribe.

Que, el 11 de marzo de 2019 se llevó a cabo la audiencia de vista, con la asistencia únicamente del representante de la aseguradora, debido a la inasistencia de la reclamante, conforme consta en la correspondiente acta;

Que, en síntesis, la posición del reclamante es la siguiente: (1) el 5 de febrero de 2010 solicitó una tarjeta de crédito No .......................... al Banco .........................., por la suma de S/.7400.00, para lo cual se tomó un seguro de desgravamen con .......................... PERÚ VIDA; (2)el 28 de junio de 2018 solicitó al Banco .......................... (antes Banco ..........................) la cancelación de la deuda (crédito No .......................... Tarjeta) mediante la activación del Seguro de Desgravamen, por encontrarse bajo la cobertura de invalidez total y permanente a consecuencia de enfermedad, como la diabetes mellitus detectada con posterioridad a la suscripción de los contratos (28 de noviembre de 2011); (2) su invalidez está sustentada en el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez No .........................., elaborado por el comité médico AFP, que indica como vigencia el 23 de junio de 2014; (3) la aseguradora dio respuesta extemporánea a su solicitud de cobertura; (4) es falso que no se haya pagado las primas del seguro correspondiente, ya ha cumplido con los pagos a la fecha del siniestro; (5) no adeuda suma alguna al Banco .........................., ya que a través de un crédito de otra entidad financiera procedió a cancelar el crédito correspondiente a la tarjeta de crédito No .......................... con fecha 25 de febrero de 2011 por el importe de S/.17,461.61; (6) el Banco incumplió su obligación legal de efectuar el cargo mensual del monto por concepto de prima de seguro a través de la tarjeta de crédito, obligación que ha sido incumplida al suspender unilateralmente y sin dar aviso previo el seguro de desgravamen; (7) la aseguradora no ha opuesto una resolución automática del contrato de seguro por el solo hecho de falta de pago de la prima, ni ha probado que la póliza contenga dicho régimen de cese de vigencia contractual; (8) el rechazo de cobertura no es legítimo por cuanto carece de sustento contractual y legal que la aseguradora invoque la propia falta imputable al Banco, como causal de suspensión de cobertura, cuando dicha falta de pago fue inducida por la propia conducta de la empresa del sistema .......................... a través de la cual se contrató un seguro asociado a una operación crediticia .

Que, por su parte y en resumen la compañía de seguros sostiene que: (1) no procede la cobertura de la póliza, debido a que según la información brindada por el Banco .......................... ahora Banco .........................., la tarjeta de crédito del reclamante encuentra impaga desde el año 2012, por lo que no se encuentra declarado en la relación de asegurados, no existiendo pago de primas del seguro correspondiente y con ello incumpliéndose de este modo con lo acordado en el contrato de Seguro; (2) para que aplique la cobertura del seguro, es condición mínima indispensable el estar al día en el pago del seguro, lo que no sucedió en este caso, pues el cliente no cumplió con el pago de la prima del seguro de desgravamen; (3) el reclamante contrató un crédito (tarjeta de crédito) con el Banco .......................... (hoy Banco ..........................) el 5 de febrero de 2010, y a su vez, se afilió al Seguro de Desgravamen Grupal que el Banco había contratado para respaldar los créditos bancarios de sus clientes/prestatarios; ante el riesgo de incumplimiento que pueda derivarse del fallecimiento o invalidez permanente, total y definitiva de éstos; (4) el reclamante sólo pago la prima de seguro hasta el año 2012, por lo que, en arreglo a las disposiciones legales vigentes en ese momento, a partir del referido año dicha póliza quedó suspendida de manera automática por la falta de pago de la prima; siendo que además, dicha deuda se mantuvo impaga hasta la fecha; (5) el Banco .......................... por intermedio de su corredor de seguros (América Brokers), informó que el reclamante había dejado de pagar desde el año 2012 la deuda generada por la tarjeta de crédito, y por tanto, tampoco se abonaron las cuotas respectivas de la prima de seguro a la aseguradora (que estaban incluidas en las cuotas del referido crédito); (6) el incumplimiento del pago del crédito fue puesto en conocimiento por parte del Banco .........................., conforme se acredita con la carta de cobranza que el reclamante adjuntó a su escrito de reclamación; (7) tanto la fecha del Dictamen de Invalidez (03/03/2014) como la fecha de vigencia de la invalidez total, permanente y definitiva (03/10/2013) son posteriores al estado de suspensión de la cobertura del seguro por falta de pago de la prima (año 2012); (8) el rechazo de cobertura se sustenta en el hecho que, al momento de la ocurrencia del siniestro, esto es a la fecha de configuración de la invalidez total, permanente y definitiva, el reclamante ya no contaba con la cobertura del seguro debido a que previamente se había suspendido por falta de pago de prima; (9) la suspensión de cobertura por falta de pago es conforme a lo establecido en el artículo 7° del Reglamento de Pago de Primas de Seguro – Res SBS No 225-2006, aplicable al seguro contratado por razón de temporalidad; (10) el importe de la deuda crediticia incluía la cuota de la prima del seguro, ello de conformidad a lo dispuesto en el indicado Reglamento de Pago de Primas: *“Seguros contratados a través de entidades financieras: Artículo14°.- El pago de las primas correspondientes a las pólizas de seguro contratadas a través de una empresa del sistema .........................., se entenderá realizado cuando el asegurado haya cumplido con efectuar el pago correspondiente a dicha empresa, en concordancia con lo establecido por la Resolución SBS No 510-2005”*; (11) al haber sido cancelada la deuda vinculada a la tarjeta de crédito el 25 de febrero de 2011, conforme lo reconoce el reclamante, quedó extinguido el seguro de desgravamen antes del dictamen de invalidez del reclamante; (12) el seguro de desgravamen tiene existencia únicamente cuando existe un crédito vigente, pues protege el riesgo de incumplimiento; por tanto, habiendo quedado cancelada la deuda de dicha tarjeta de crédito, como afirma el reclamante, pues también el seguro de desgravamen quedó extinguido.

**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: El vocal que conoce como órgano resolutorio unipersonal** destaca que la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro entró en vigencia el 27 de mayo de 2013, esto es, después de la afiliación al seguro que ocurrió en el año 2010.

Asimismo, el vocal tiene en cuenta que la Quinta de las Disposiciones Complementarias, Finales y Modificatorias de la Ley del Contrato de Seguro establece que *“A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente”,* lo cual debe ser concordado con la Novena de las señaladas disposiciones, en cuanto dispone *“Esta Ley entrará en vigencia a partir de los ciento ochenta (180) días desde su publicación. Durante este plazo la Superintendencia también establecerá los plazos a que se refiere el artículo 68”.*

En ese sentido siendo que el régimen bajo el cual se contrató la póliza contenía disposiciones expresas sobre el periodo de gracia, la vigencia de la cobertura y la resolución automática del contrato, en estricta aplicación de la Quinta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, debe admitirse que la regulación contractual y legal vigente a la fecha de contratación del seguro materia de esta reclamación prevalece respecto de las normas generadas con posterioridad, como es el caso de la Ley del Contrato de Seguro.

En consecuencia, el **vocal que conoce como órgano resolutorio unipersonal** concluye que el Seguro de Desgravamen - Póliza N° .........................., al cual se contrae la presente reclamación se regula por las normas pertinentes del Código de Comercio, Ley Nro. 26702 - Ley General del Sistema .......................... y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, y Resolución SBS N° 225-2006 por la que se aprobó el Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguros; normas vigentes a la fecha de contratación del seguro.

**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, se advierte que la cuestión controvertida fundamental radica en determinar si el rechazo de cobertura, por falta de pago prima, es legítimo o no;

A este efecto, tal como se indicó, al Seguro de Desgravamen - Póliza N° .......................... resulta aplicable el artículo 7° de la Resolución SBS N° 225-2006 por la que se aprobó el Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguros, vigente a la fecha de contratación del seguro, que a continuación se transcribe:

*Resolución SBS N° 225-2006:*

*“Suspensión de la cobertura por incumplimiento de pago*

*Artículo 7.- El incumplimiento de pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. La cobertura vuelve a tener efecto al momento en que el contratante pague la prima adeudada por el período en que aquélla se mantuvo en suspenso. Las empresas no serán responsables por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.*

En el presente caso, se aprecia que .......................... PERÚ VIDA invoca, tanto al rechazar el otorgamiento de cobertura como al absolver la reclamación, la falta de pago como razón por la cual no se le reconoce cobertura. La aseguradora no ha opuesto una resolución automática del contrato de seguro por el solo hecho de falta de pago de la prima.

En el presente caso, está probado que se dejó de pagar las cuotas correspondientes a la prima del seguro, de manera que bajo un régimen contractual de pago de prima mensual ello deriva en la automática suspensión de cobertura de conformidad con los establecido en el citado artículo 7 del Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS Nro. 225-2006.

Por lo tanto, siendo que a la fecha del siniestro, representado por la invalidez del reclamante, no se habían pagado las cuotas mensuales de la prima, la aseguradora no está obligada a otorgar cobertura, dado que la misma había quedado automáticamente en suspenso.

**QUINTO:** Sin perjuicio de lo anterior, el **vocal que conoce como órgano resolutorio unipersonal, advierte que también en el presente caso, tal como lo ha reconocido el reclamante,** el crédito correspondiente a la tarjeta de crédito No .......................... materia del Seguro de Desgravamen bajo reclamación, fue cancelada con fecha 25 de febrero de 2011 por el importe de S/.17,461.61.

Atendiendo a dicha circunstancia, no cabe duda que al cancelarse la deuda contraída por el asegurado cesó la relación crediticia y la relación de aseguramiento.

De manera que, al momento de configurarse la ocurrencia del siniestro, esto es, la invalidez del reclamante en mayo de 2014, el Seguro de Desgravamen - Póliza N° .......................... ya había cesado por falta de interés asegurable.

En esa medida, el vocal que suscribe la presente Resolución, concluye su apreciación razonada y conjunta no encontrando mérito para la interposición de la presente reclamación.

Por lo tanto,

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación presentada por **..........................** contra **.......................... PERÚ VIDA**, correspondiente al **SEGURO DE DESGRAVAMEN GRUPAL - PÓLIZA No ..........................**, quedando a salvo su derecho de recurrir ante las instancias que considere pertinentes.

Lima, 08 de abril de 2019.

Rolando Eyzaguirre Maccan

Vocal