**RESOLUCION N° 055 / 2019**

**VISTOS:**

Que, doña **........................** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) contra **........................ (........................)**, solicitando se le liquide correctamente la cobertura de renta hospitalaria del **SEGURO DE VIDA PLAN BÁSICO - 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 22 de abril de 2019 se realizó la audiencia de vista con la asistencia sólo del representante de la aseguradora, quien sustentó su posición, absolviendo las preguntas formuladas por el órgano resolutivo unipersonal, conforme consta en la correspondiente acta;

Que, en síntesis, la posición del reclamante es la siguiente: (1) en el año 2008 se afilió al Seguro de Vida Plan Básico – Plan A como cliente del Banco Scotiabank (cuenta de ahorros moneda extranjera 027-7192265), contratada con ........................ Seguro de Vida y Pensiones; (2) reclama la cobertura de renta hospitalaria, renta diaria contada a partir del tercer día de hospitalización, renta que se determina aplicando el 10% del saldo promedio de los últimos 6 meses y cuyo factor se aplica por cada día de hospitalización hasta el tope de US$ 50.00; (3) el 01 de agosto de 2016 sufrió un accidente de carácter doméstico diagnosticado como fractura de radio discal derecho, habiendo ingresado en esa fecha por emergencia del Hospital Edgardo Rebagliatti (ESSALUD) y permaneciendo internada hasta el 22 de agosto de 2016; (4) el 23 de noviembre de 2016, sobre la base de la documentación solicitada en la póliza, hizo entrega al Banco de los documentos de sustento para el reembolso de la cobertura de renta hospitalaria; (5) mediante liquidación No 1600043 la aseguradora ........................ liquida el siniestro y reembolsa por el concepto de renta hospitalaria la suma de US$608.32 en vez de US$1000 correspondiente a 20 días; (6) la aseguradora determina el valor total a reembolsar obteniendo el 10% del saldo promedio de la cuenta en los 6 últimos meses, que arroja US$6,083.08 y cuyo valor de 10% equivale a US$608.31; (7) considera que debe aplicarse el tope de US$50 por cada día reconocido de hospitalización; (8) entiende que existe contradicción literal entre lo señalado en la solicitud (formato elaborado por ........................) y la póliza de seguros 500527

Que, por su parte y en resumen la compañía de seguros sostiene que: (1) la reclamación no es procedente por cuanto la liquidación del siniestro ha sido determinada según los términos y condiciones del contrato de seguro, donde la suma asegurada que constituye el valor de indemnización otorgada por la cobertura de renta hospitalaria es el 10% del saldo promedio de la cuenta en los últimos seis (6) meses, conforme al artículo 3.4 de las condiciones generales y particulares del Seguro; (2) de acuerdo al plan elegido (A) se establecen límites máximos y mínimos, con relación al valor de la indemnización establecida según la suma asegurada, para dicha cobertura; (3) no existe saldo pendiente en la liquidación, por cuanto ésta responde a la definición de suma asegurada.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO**: Conforme al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, **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 y cuantía.**

**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 artículo 1 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro 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 de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar -dentro de los límites 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:** 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: En materia procesal**, corresponde a quien invoca hechos probar su existencia, carga procesal a la que refiere el artículo 196 del Código Procesal Civil, salvo que se acoja a alguna presunción legal de carácter relativo o absoluto.

**SEXTO:** De acuerdo a los términos contenidos en el rechazo, la reclamación y en la respectiva absolución, así como a lo tratado en la audiencia de vista, la solución de la presente controversia consiste en determinar si en el presente caso se ha liquidado la cobertura de renta hospitalaria conforme a los términos contractuales.

**SÉPTIMO:** En autos obra copia de la Solicitud – Certificado de Seguro de Vida Plan Básico, presentada por la reclamante, donde se consigan una Tabla de Resumen y Coberturas: según condiciones particulares.

En dicho documento expresamente se detalla la cobertura contratada de renta hospitalaria es por el 10% del monto del saldo promedio (últimos 6 meses). Asimismo, se establece para el Plan A un máximo de US$50 por día.

Asimismo, obra en autos las condiciones generales y particulares del Seguro de Vida Póliza N° ........................ ......................... En el artículo 4 se definen las Coberturas. De acuerdo al Plan A se identifica un máximo de US$50 por día máximo 50 días para la cobertura de Renta Hospitalaria. También en el artículo 4.4 se define los términos de dicha cobertura:

*“En caso el Asegurado (titular de la cuenta) haya requerido de hospitalización por una causa médicamente justificada, ya sea por enfermedad o accidente, se otorgará la presente cobertura en forma de una renta diaria, contada a partir del tercer día de hospitalización.*

* *Suma Asegurada: Una (1) vez el saldo promedio de la cuenta correspondiente a los últimos seis (6) meses. En los casos de tarjeta de crédito se considerará la línea de crédito promedio utilizada.*
* *Monto Máximo: Según el Plan elegido*
* *Monto Mínimo: Según el Plan Elegido”.*

Como puede apreciarse, la cobertura de Renta Hospitalaria ha sido contratada por una Suma Asegurada claramente definida por el 10% del monto del saldo promedio de los últimos 6 meses de la cuenta.

A su vez, contractualmente se ha establecido un tope indemnizatorio de pago, denominado “máximo”, que limita el máximo de la indemnización a un límite de US$2500 (50 días y US$50 por día).

Lo anterior no quiere decir que la suma asegurada sea de US$50 por día, sino que es el 10 por ciento del saldo promedio de los últimos 6 meses de la cuenta.

En el presente caso, se observa que el indicado 10% ascendía a US$ 608.31, siendo esa Suma Asegurada el primer límite de monto indemnizable bajo cobertura, la liquidación efectuada por la aseguradora resulta correcta según los términos contractuales.

**En esa medida, es evidente que** se ha liquidado la cobertura de renta hospitalaria conforme a los términos contractuales.

**ATENDIENDO A LO EXPRESADO, ESTE ÓRGANO RESOLUTIVO UNIPERSONAL CONCLUYE SU APRECIACIÓN RAZONADA Y CONJUNTA AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO DE LA DEFASEG, POR LO QUE:**

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamacióninterpuesto pordoña **........................** contra **........................ (........................)** correspondiente a la liquidación de la cobertura de renta hospitalaria del **SEGURO DE VIDA PLAN BÁSICO - PÓLIZA No ........................**, quedando a salvo el derecho de la reclamante para recurrir ante las instancias que consideren pertinentes

Lima, 06 de mayo de 2019

Rolando Eyzaguirre Maccan

Presidente