**RESOLUCION N° 056/19**

**VISTOS**

Que con fecha 18 de Marzo de 2019, ........................ CORREDORES DE SEGUROS S.A.C, en representación del asegurado, ........................, interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ........................ Seguros otorgue cobertura al siniestro ocurrido, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Salud 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, ........................ Seguros con fecha 09 de Abril de 2019 ha presentado su contestación a la Reclamación, adjuntando la Póliza y los documentos relativos al siniestro.

Que, con fecha 22 de Abril de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, con la asistencia de ambas partes, las mismas que sustentaron su posición, absolviendo las preguntas realizadas por el colegiado, quedando entonces el expediente a la fecha en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento.

Que el reclamante ........................ Corredores de Seguros SAC, en representación del asegurado ........................, solicita que ........................ Seguros proceda a la atención del siniestro de Seguro Médico, ocurrido como consecuencia del diagnóstico “Absceso Cutáneo, Furúnculo y Carbunco de Glúteos”, por las siguientes resumidas razones: 1) Que, con fecha 05 de Enero de 2019, el asegurado en mención ingresó por emergencia a la Clínica ........................, la misma que diagnosticó: “Absceso Cutáneo, Furúnculo y Carbunco de Glúteos”; posterior a ello recibió la medicación y tratamiento acorde a lo establecido en el informe médico que se adjunta. 2) Que, los señores ........................ Perú, con la finalidad de no asumir los gastos generados por dicho tratamiento, con Carta de Rechazo N° ........................, aducen, mediante la aplicación errónea de la cláusula establecida en las Condiciones de Contratación de la Póliza Trébol Salud, que el asegurado cometió negligencia en perjuicio de su rehabilitación al auto medicarse, en concordancia con lo establecido en el Artículo 7° numeral 7.34 del Condicionado correspondiente al producto Trébol Salud, “**Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio asegurado en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el asegurado se auto medique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por ésta póliza”**, rechazando de esta manera las cartas de garantía N° ........................ y ......................... 3) Que, la cláusula aplicada por la aseguradora para rechazar el siniestro debe ser interpretada como que la exclusión hace referencia a la negligencia que el asegurado comete **en perjuicio de su rehabilitación o de tratamiento en curso**; y la exclusión de los casos en que el asegurado se auto medique sigue haciendo referencia al **perjuicio ocasionado a la rehabilitación o tratamiento que se encuentre en curso** y no de un nuevo diagnostico que no se encuentra en tratamiento ni rehabilitación; las causas y/o consecuencias de un tratamiento o cirugía no cubiertos por la póliza, también hacen referencia al perjuicio que se pueda ocasionar **contra la rehabilitación y/o tratamiento en curso;** en conclusión, si el asegurado ya inició un tratamiento y se encuentra en proceso de rehabilitación, la aseguradora debe mantener controlado el presupuesto de los gastos para dicho tratamiento; si estos gastos aumentan, solo no estarán cubiertos si la razón del aumento es por negligencia del propio asegurado.4) Que, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro N° 29946, Titulo 1 – Disposiciones Generales, Artículo II, literal f) “**las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del asegurado”**, así mismo, en su Artículo IV, Regla Tercera, establece “**los términos del contrato que generen ambigüedad o duda son interpretados en el sentido y con el alcance más favorable al asegurado. La intermediación a cargo del corredor de seguros, no afecta dicha regla ni la naturaleza del seguro como contrato celebrado por adhesión”**. 5) Que, por lo tanto, se considera que la aplicación de la cláusula 7.34 por parte de la aseguradora no es aplicable al asegurado, toda vez que acudió a la clínica por problemas imprevistos de salud, ajenos a una rehabilitación o tratamiento en curso.

Que, por su parte ........................ Seguros solicita se declare infundada la reclamación, por las siguientes resumidas razones: 1) Que, con fecha 05 de Enero el asegurado ingresó por emergencia a la Clínica ........................, refiriendo que nueve (9) días atrás le **inyectaron** **anabólicos en el glúteo izquierdo**, lo que trajo como consecuencia que tenga dolor y aumento de volumen progresivo en dicha zona, siendo que el 06 de Enero de 2019 fue hospitalizado y tuvo una operación para la curación de la herida mencionada. 2) Que, ante la solicitud de la clínica de una carta de garantía, la aseguradora no otorgó la misma, debido a que el tratamiento para el diagnóstico absceso cutáneo del glúteo no se encontraba dentro de las coberturas de la póliza contratada por el asegurado, procediendo la compañía mediante carta N° ........................ de fecha 13 de Febrero de 2019 a responder el reclamo mencionado, manifestando que la póliza no lo cubre, de acuerdo al artículo 7.34 de las Condiciones Generales de la póliza contratada. 3) Que, adicionalmente, la póliza contratada en su artículo 7°, inciso 7.30- Gastos no Cubiertos y Excluidos, indica que el seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con ***alteraciones hormonales*** que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH). 4) Que, los **anabólicos,** llamados “Esteroides Anabólicos”, son sustancias sintéticas (hechas por el hombre) relacionadas con las hormonas sexuales masculinas; los usos médicos de los esteroides anabólicos incluyen algunos problemas “hormonales” en hombres (…) 5) Que, en consecuencia es evidente que los anabólicos al producir alteraciones hormonales no tienen cobertura por la póliza contratada por el asegurado.

**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 lo manifestado por ambas partes en la audiencia de vista, la materia controvertida sometida al conocimiento de este colegiado radica en determinar si el motivo del rechazo del siniestro, expresado por ........................ Seguros en su carta N° 00069-2019 de fecha 13 de Febrero de 2019, se encuentra sustentado de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro Médico 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 póliza contratada no cubre las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por la póliza.

**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 que como indica en su carta de reclamo, el artículo de la póliza en que ........................ Seguros basa el rechazo, no es aplicable al caso que ha presentado, ya que el mismo significa que la póliza no cubre “*los gastos en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio asegurado en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los gastos en que el asegurado se auto medique”* y considera que el párrafo siguiente “*así, como las causas y/o consecuencias de un tratamiento o cirugía no cubiertos por la póliza”,* se refiere también a *los gastos en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio asegurado en perjuicio de su rehabilitación*

**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 que, la interpretación del asegurado de la exclusión mencionada en el Considerando Octavo, no es correcta, ya que el párrafo “*así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento o cirugía no cubiertos por la póliza”,* significa que se refiere a una causa diferente a la primera parte de la exclusión.

Que, en tal sentido, se considera de aplicación el Artículo 7°, inciso 7.34 de las Condiciones Generales de la Póliza, que expresa lo siguiente:

**ARTICULO 7° GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUIDOS**

*Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con:*

*(…)*

*7.34 Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio asegurado en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el asegurado se auto medique,* ***así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento o cirugía no cubiertos por esta póliza.***

Los resaltados son nuestros

Que, en el presente caso, como se puede apreciar, la póliza contratada en su artículo 7°, inciso 7.30- Gastos no Cubiertos y Excluidos, indica que el seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con ***alteraciones hormonales*** que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH). Que, en ese sentido, después del análisis correspondiente, la DEFASEG coincide con la aseguradora en que, los **anabólicos,** llamados “Esteroides Anabólicos”, son sustancias sintéticas (hechas por el hombre) relacionadas con las hormonas sexuales masculinas; los usos médicos de los esteroides anabólicos incluyen algunos problemas “hormonales” en hombres (…), siendo que, en consecuencia es evidente que los anabólicos al producir alteraciones hormonales no tienen cobertura por la póliza contratada por el 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 **........................** contra **........................ SEGUROS**, dejando a salvo el derecho del reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima; 13 de mayo de 2019

Rolando Eyzaguirre Maccan Marco Antonio Ortega Piana

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal