RESOLUCIÓN N° 062/19

**Vistos:**

Que, con fecha 13 de febrero de 2019 doña ................................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ................................. SEGUROS otorgue cobertura al diagnóstico de leiomioma de útero, conforme a la Póliza de Salud Red Médica Plan Clásico N° ..................................

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 el 15 de febrero de 2019 de la respectiva reclamación, con fecha 25 de febrero la aseguradora solicitó un plazo adicional para presentar sus descargos, los cuales finalmente presenta el 6 de marzo de 2019.

Que, el 01 de abril de 2019 se realizó la audiencia de vista con la sola concurrencia de la aseguradora, quien sustentó su respectiva posición, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta, dejándose constancia de la inasistencia de la reclamante pese a haber sido debidamente convocada;

Que, la reclamación se sustenta resumidamente en lo siguiente: a) Solicita la cobertura de seguro denegada a través de la Carta N° ................................., en la que se rechaza la cobertura por considerar que su enfermedad es preexistente; b) señala que su dolencia sobrevino con posterioridad a su aseguramiento, pues inicialmente se aseguró como esposa del titular ................................., y a su fallecimiento se aseguró como viuda, prosiguiendo el tracto sucesivo sin interrupción conforme le indicó el bróker al asumir tal seguro; su aseguramiento y pagos puntuales datan de más de 20 años, aspecto que se pretende desconocer.

Que, conforme se desprende de los descargos presentados por la aseguradora y de lo expuesto en la audiencia de vista, ................................. sustenta el rechazo de siniestro en lo siguiente: a) la reclamante contrató la póliza de Salud N° ................................. con fecha 22/04/2016 y al presentar su solicitud de seguro en la pregunta 6 y 7 sobre diagnósticos vinculados a órganos genitales, quistes, miomas, fibromas, no declara ninguna enfermedad y/o diagnóstico; b) la póliza contratada tenía como vigencia mayo de 2016 a abril 2017, sin embargo, esta póliza concluyó por falta de pago en setiembre de 2016; c) posteriormente la asegurada decide contratar otra vez una póliza de salud en febrero 2017, con vigencia 01/02/2017 al 31/01/2018, esto es 120 días después de la anulación de la póliza anterior -presentada sin declarar la enfermedad de mioma y/o leiomioma del útero- pero en esta oportunidad sí señala que tenía el diagnóstico de mioma; d) la renovación de la póliza vigente al momento del rechazo de cobertura fue entregada el 10/01/2018 conforme a la firma que aparece en el cargo que adjuntan, por lo que la asegurada estuvo en todo tiempo comunicada que la póliza no cubría la leiomiosis del útero, por cuanto en forma expresa se consignó este diagnóstico como una preexistencia.

Que, con fecha 23 de abril de 2019 la aseguradora presentó un escrito a través del cual precisó: (i) que la póliza EPS en la cual estuvo asegurado el cónyuge de la reclamante, señor ................................. fue dada de baja en el sistema el 01 de marzo de 2016, siendo que el señor falleció el 26 de febrero de 2016; (ii) que la reclamante adquirió una póliza con inicio de vigencia el 01 de mayo de 2016 y que fue anulada por falta de pago en setiembre 2016; (iii) y que la nueva póliza N° ................................. inició su vigencia el 01 de febrero de 2017, es decir 123 días posteriores a la fecha de anulación de la póliza de 2016, en la que expresamente se indicó como enfermedad preexistente el diagnóstico de leiomioma del útero conforme fue indicado en sus descargos.

**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, respecto de rechazos o liquidación de cobertura de siniestros; 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:** Que, 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: Que, conforme al** artículo 196 del Código Procesal Civil, corresponde a quien invoca hechos probar su existencia, así como a quien los contradice invocando nuevos hechos, salvo que aquel que esté sujeto a dicha carga procesal se acoja a alguna presunción legal de carácter relativo o absoluto.

**Sexto:** 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 el rechazo de cobertura informado por la aseguradora consistente en que el diagnóstico de mioma de útero se encontraba excluido de la cobertura de la póliza es legítimo o no.

**Sétimo:** La reclamante considera que la exclusión no puede ser opuesta por cuanto no se trata de una enfermedad preexistente en tanto existió continuidad de seguro. Al respecto, la reclamante señala que inicialmente se aseguró como esposa del titular ................................. y a su fallecimiento se aseguró como viuda, prosiguiendo con el tracto sucesivo sin interrupción.

No obstante, la reclamante no adjunta prueba de dicha afirmación: no señala ni adjunta la póliza bajo la cual habría estado afiliado su cónyuge y hasta cuándo; no refiere la fecha de fallecimiento de su cónyuge, así como tampoco informa la fecha de diagnóstico del leiomioma de útero, ni desde cuándo contrató la póliza de seguro sobre la cual solicita cobertura, para que se pueda corroborar la continuidad que invoca y/o determinar si estamos o no ante una preexistencia.

De otro lado, la aseguradora señala que la reclamante contrató una póliza de salud en dos oportunidades, no existiendo continuidad en ambas pólizas contratadas por ella: (i) una primera contratada el 22/04/2016, la misma que se emitió por la vigencia de mayo 2016 a abril 2017; sin embargo concluyó por falta de pago en setiembre de 2016; precisando que al contratar esta póliza la reclamante no informó sobre el diagnóstico de leiomioma uterino que ya le había sido diagnosticado; (ii) la segunda póliza fue contratada en febrero de 2017, 120 días después de la anulación de la primera póliza, rompiéndose la continuidad invocada, la misma que fue emitida con vigencia del 01 de febrero 2017 al 31 de enero de 2018, la cual fue posteriormente renovada; la aseguradora añade que en esta oportunidad de contratación la reclamante sí declaró la enfermedad de mioma y/o leiomioma de útero, procediendo la compañía de seguros a emitir la póliza excluyendo expresamente de la cobertura de seguro la leiomiosis de útero. Adicionalmente la aseguradora refiere que la póliza que contrató el cónyuge de la reclamante estuvo vigente hasta marzo de 2016, por lo que no habría continuidad con la póliza vigente respecto de la cual se solicita cobertura, pues hubo un periodo de más de 120 días en el que la reclamante no contó con póliza alguna de seguro vigente.

Este colegiado ha revisado la solicitud de seguro presentada por la aseguradora y ha corroborado que con fecha 31 de enero de 2017, la reclamante presentó una solicitud de seguro, en la cual declaró la presencia del mioma (pregunta 7 del cuestionario de declaración de salud), especificando en la misma solicitud que la fecha de la atención por el mioma fue hace 8 años, es decir aproximadamente en el 2009.

Asimismo, este colegiado ha verificado que la póliza que obra en el expediente establece como exclusiones, entre otras, las enfermedades preexistentes, y en la página 2 de la misma expresamente se estable como preexistencias: *“leiomioma del útero, lesiones del hombro derecho y disfunción neuromuscular de la vejiga”*, corroborando también que la póliza de seguro N° ................................. fue entregada el 17/2/2017 siendo recibida por ................................., identificado como tío, y la respectiva renovación de la misma póliza fue entregada el 10/1/2018 siendo recibida por ................................. identificada como tía.

En virtud a lo expuesto, este colegiado concluye que la enfermedad de la reclamante constituye una enfermedad preexistente a la contratación del seguro contratado en enero de 2017 e incluso anterior a la previa contratación del primer seguro tomado por la reclamante en abril de 2016, por cuanto la misma asegurada señala que el diagnóstico data de hace más de 8 años. Enfermedad preexistente que, sin perjuicio de estar excluida en virtud de la exclusión general establecida en la póliza referida a enfermedades preexistentes, fue además expresa y específicamente excluida en las condiciones particulares de la póliza y debidamente informada a la asegurada.

**Atendiendo a lo expresado, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que resuelve:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por doña ................................. contra ................................. SEGUROS, dejando a salvo su derecho de accionar ante las instancias que estime 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