RESOLUCIÓN N° 069/19

**Vistos:**

Que, con fecha 06 de marzo de 2019 don ........................ interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ........................SEGUROS otorgue cobertura por invalidez total y permanente conforme a la póliza de seguro de desgravamen N° ........................ contratada a través del ........................ Banco .........................

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 25 de marzo de 2019 de la respectiva reclamación, con fecha 03 de abril la aseguradora solicitó un plazo adicional para presentar sus descargos. Siendo que al 22 de abril de 2019, ........................ no presentó los descargos, se citó a audiencia de vista en rebeldía de la aseguradora, sin perjuicio de lo cual la aseguradora puede presentar sus descargos en cualquier momento posterior conforme se indica en el reglamento de la DEFASEG.

Que, el 29 de abril de 2019 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia de la aseguradora, y la participación telefónica del reclamante, quienes sustentaron sus respectivas posiciones, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, el reclamante sustenta su pretensión resumidamente en lo siguiente: a) en abril de 2014 solicitó un préstamo en el ........................ por S/ 32,000 por el cual adquirió un seguro de desgravamen; b) con fecha 12 de enero de 2017 el COMAFP le dictaminó invalidez total temporal indicando como fecha de ocurrencia el 04 de julio de 2015; c) el 24 de setiembre de 2018 se le dictaminó invalidez total permanente pero no se colocó fecha de ocurrencia, motivo por el cual la aseguradora le responde que no tiene cobertura pues considera que la fecha del siniestro es la fecha de emisión del dictamen, y a dicha fecha el seguro ya no se encontraba vigente porque solo estuvo activo hasta diciembre de 2017; de lo cual discrepa; d) considera que la fecha de siniestro es la fecha en que sufrió el accidente esto, es el 04 de julio de 2015, y que a dicha fecha el seguro se encontraba vigente; e) en la audiencia de vista refirió que dejó de pagar el crédito debido a que en el banco le indicaron que podía acceder a la cobertura de invalidez del seguro de desgravamen, de haber sabido que debía esperar hubiera seguido pagando.

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: la deuda pasó a cobranza extrajudicial el 03.01.2018, y el seguro solo fue declarado hasta diciembre de 2017, por lo que a la fecha de siniestro el reclamante no tenía cobertura de seguro de desgravamen; consideran que la fecha de siniestro es el 24.09.2018 fecha de emisión del certificado de invalidez total y permanente, y no la fecha del accidente que da inicio a la condición que se va deteriorando hasta configurar finalmente una invalidez permanente.

Que, con fecha 08 de mayo de 2019 la aseguradora presentó finalmente sus descargos de los cuales se corrió traslado al asegurado.

Que el expediente se encuentra en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento.

**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 a la fecha de configuración de la invalidez el seguro ya no se encontraba vigente.

Para ello deberá determinarse previamente cuál es la fecha de configuración de la invalidez si la fecha del accidente o la fecha indicada en el dictamen de invalidez.

**Sétimo:** De acuerdo a los documentos que obran en el expediente, se tiene lo siguiente:

1. El reclamante sufrió un accidente el 04 de julio de 2015. Ello se desprende de la afirmación que el reclamante realiza en su reclamo y en la audiencia de vista, lo cual no ha sido cuestionado por la aseguradora; y se corrobora en el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez de fecha 12/01/2017 que indica como fecha de ocurrencia 04/07/2015.
2. Con fecha 12/01/2017 el COMAFP emitió un Dictamen de Invalidez por el cual determinó un menoscabo en el asegurado del 70% por anormalidades de la marcha y fractura del fémur izquierdo, lo que determinó que le asigne una Invalidez de grado Total y de Naturaleza **Temporal**, con inicio de vigencia **16/11/2016** y fecha de Término 15/11/2017, siendo esta una primera calificación. Asimismo, en dicho dictamen se señala como fecha de la próxima evaluación 15/09/2017.
3. Con fecha 24/09/2018, se emite un Dictamen de Invalidez por el cual se determina en el asegurado un menoscabo por fractura de fémur y luxación de la articulación de hombro, siendo esta una tercera evaluación (conforme figura en el mismo dictamen) y determinando una Invalidez Definitiva de grado Total y de Naturaleza Permanente, con fecha de inicio 16/11/2018. (Este dato figura en el numera 7 del Dictamen).

Se tiene entonces que si bien el asegurado sufrió un accidente en julio de 2015, por el cual tuvo una fractura, a dicha fecha aún no se había determinado que dicho menoscabo generaba una invalidez permanente, siendo que recién en enero de 2017 el menoscabo fue mayor al 70% lo que configuró un supuesto de invalidez, pero el cual a dicha fecha era solo de naturaleza temporal.

Es recién con el dictamen de fecha 24/09/2018 que el COMAFP considera que la invalidez es definitiva y permanente, y por tanto es recién a dicha fecha que se configura la invalidez “Permanente”. Antes de dicha fecha sólo podría hablarse de una invalidez temporal, la cual no era suficiente para acceder a la cobertura del seguro.

En efecto, de acuerdo a lo establecido en el Certificado de Seguro suscrito por el asegurado, que la aseguradora adjunta a sus descargos, se otorga cobertura únicamente por Invalidez Total y Permanente, mas no así por una Invalidez Total Temporal, por lo que es recién cuando esta se configura que corresponde otorgar la cobertura de seguro.

Para la calificación de la invalidez como total y permanente, debe tenerse en cuenta el menoscabo asignado al asegurado y la determinación de si este es temporal o permanente, ello teniendo en cuenta las normas del Sistema Privado de Pensiones a las cuales se remite la póliza, y en particular la Resolución N° 058-94-EF/SAFP, que aprueba el Sub Título III del Título VII del Compendio de Normas de Superintendencia Reglamentarias del SPP, referido a las Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez. Sobre este aspecto, a continuación transcribimos parte pertinente de la parte Introductoria de dicha norma, acápite III.1 A y B

*“A. Evaluación del impedimento*

*El impedimento es un concepto puro y exclusivamente médico, que se refiere a una enfermedad, a un debilitamiento físico o intelectual, a una anormalidad anatómica, o a una pérdida funcional o intelectual que afecte a un trabajador afiliado en el desempeño de su vida diaria y que de acuerdo a un criterio médico, tiene naturaleza prolongada, temporal o permanente, accediendo a los medios curativos o rehabilitadores que se disponga al momento de realizar la evaluación.*

 *(…)*

*B. Capacidad del menoscabo en la capacidad productiva*

*Invalidez, es un concepto más amplio que el impedimento y se refiere a una definición médico- administrativa y legal respecto de cuándo un “impedimento” produce una pérdida en la capacidad productiva del afiliado, que le impide realizar un trabajo compatible con sus capacidades. (…)”*

Ahora bien, la aseguradora sostiene que a el reclamante solo estuvo asegurado hasta diciembre de 2018, ya que la deuda pasó a cobranza extrajudicial el 03.01.2018.

De acuerdo a las normas que rigen el contrato de seguro, cuando se deja de pagar la prima de seguro, la compañía de seguro tiene las siguientes opciones: (a) suspender la cobertura de seguro por falta de pago de prima, para lo cual debe enviar una comunicación; (b) mantener la cobertura de seguro aún cuando no haya habido pago de prima en tanto no ha cursado la carta de suspensión, pero en dicho supuesto la cobertura se mantiene hasta por 90 días, pues de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 de la Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro, el contrato queda extinguido si el asegurador no reclama el paga de prima dentro de los noventa (90) días siguientes al término del plazo de pago.

En este caso el reclamante ha reconocido verbalmente en la audiencia de vista que dejó de pagar el crédito y por ende la prima de seguro, por cuanto le habrían indicado en el banco que podía solicitar la cobertura de desgravamen por invalidez. No obstante, no adjunta prueba alguna de su dicho, y aun cuando la adjuntara dicho aspecto corresponde a un reclamo sobre idoneidad de servicio respecto de información que le habría sido brindada por el banco, que no es competencia de esta Defensoría y respecto del cual este colegiado no puede pronunciarse, pues la competencia de esta Defensoría se limita a determinar si el rechazo de la cobertura de seguro fue realizado conforme a derecho o no; sin perjuicio de lo cual el reclamante tiene expedito su derecho de reclamar ante otras instancias si considera que no le brindaron información correcta o que le brindaron información que le indujo a error.

Teniendo en cuenta lo expuesto, este colegiado concluye que el contrato de seguro se extinguió por falta de pago de prima antes de la fecha de configuración de la invalidez que recién se da el 24/09/2018 con la emisión del Dictamen de Invalidez Total y Permanente.

**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 don ........................ contra ........................SEGUROS, dejando a salvo su derecho de accionar ante las instancias que estime pertinentes.

Lima, 20 de mayo de 2019

Rolando Eyzaguirre Maccan Marco Antonio Ortega Piana

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal