RESOLUCIÓN N° 083/19

**Vistos:**

Que, doña **..............................** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que **.............................. SEGUROS Y REASEGUROS** otorgue cobertura del **SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ..............................**, como consecuencia del fallecimiento de su señor esposo **..............................**.

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, .............................. presentó sus respectivos descargos y parte de la documentación solicitada;

Que, el 10 de junio de 2019 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia únicamente de la aseguradora, quien sustentó su posición tratándose de la reclamación presentada, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta, con lo que el proceso quedó en condiciones para que esta Defensoría expida su pronunciamiento;

Que, la reclamación se sustenta resumidamente en lo siguiente: (1) su esposo contrató un préstamo por S/35,000 con la Financiera Confianza, para lo cual se contrató un Seguro de Desgravamen; (2) su esposo falleció por una Hemorragia Digestiva Alta, conforme al informe de defunción de ESSALUD, y que no tiene nada que ver con lo que figura en el certificado de defunción que menciona que la muerte fue por Cirrosis Hepática; (3) se intentó corregir el error en el certificado de defunción, pero no se pudo realizar puesto que había pasado 24 horas; (4) los médicos tratantes en sus informes médicos, mencionan que la muerte inmediata fue Hemorragia Digestiva Alta, que fue atendido en el servicio de emergencia por cuadro de hematemesis, tal como lo hace el Dr. ..............................; (5) el informe médico del Dr. .............................., quien refiere que el asegurado ingresó a emergencia con inestabilidad hemodinámica y falla orgánica, la cual lamentablemente derivó a paro cardiorrespiratorio y muerte, siendo la causa principal de la muerte con alta probabilidad una hemorragia Digestiva por Ruptura de Varices Esofágicas; (6) la enfermedad preexistente no fue la causa que produjo la muerte, sino que la misma se presentó como un antecedente lógico que condicionó el evento dañoso, pero no configuró la causa directa ni la causa básica del siniestro; (7) invoca el artículo 15 de la Ley del Contrato de Seguro, en el sentido que no procede la nulidad por reticencia y/o declaración inexacta cuando las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.

.

Que, por su parte, .............................. solicita que la reclamación sea declarada infundada, por las razones que se enuncian resumidamente a continuación: (1) el siniestro carece de cobertura por cuanto el fallecimiento es consecuencia de enfermedades preexistentes; (2) de la revisión del certificado médico de defunción se desprende que el asegurado falleció debido a cirrosis hepática. Asimismo, de la revisión de la historia clínica de la Red Asistencial Junín de ESSALUD, se determina que el asegurado presentaba antecedentes de Cirrosis Hepática desde el 2015, esto es anteriores a la contratación del seguro el 31 de julio de 2017; (3) el fallecimiento se dio como consecuencia de una enfermedad preexistente, la cual se encuentra excluida de cobertura; (4) la Hemorragia Digestiva Alta es la complicación más grave de la Cirrosis Hepática (enfermedad preexistente), tal como se puede apreciar de lo expuesto por el doctor ..............................(*https://actagastro.org/)*.

Mediante escrito presentado el 13 de junio de 2019, la reclamante se pronuncia sobre los descargos efectuados por aseguradora, indicando en síntesis lo siguiente: (1) no es un hecho controvertido que el asegurado padecía de cirrosis hepática antes de su ingreso al seguro; (2) la cirrosis hepática es una condición que como estado patológico significativo contribuyó a la muerte del asegurado pero no es la causa de ésta, que es la hemorragia digestiva; (3) en el presente caso la exclusión no ha sido redactada en términos amplios, es decir que incluya tanto el fallecimiento como consecuencia directa o indirecta de la enfermedad preexistente; (4) en ningún momento la Financiera Confianza preguntó al asegurado si tenía males de salud o algo por el estilo, solo le vendieron el seguro al momento del préstamo.

**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:** Según la quinta disposición complementaria, final y modificatorias de la Ley del Contrato de Seguro –Ley N° 29946- las disposiciones de dicha ley se aplicarán, a partir de su vigencia, inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo, siempre que previamente éstas no hayan estado reguladas legal o contractualmente.

**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:** Que, el artículo 1361 del Código Civil establece 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, 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:** 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 en la presente controversia versa puntualmente si los términos de cobertura invocados en el rechazo por la aseguradora le pueden ser opuestos o no al reclamante, es decir, si la aseguradora puede oponer la exclusión invocada, esto es, que: *“La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del(os) ASEGURADO(s) ocurra en las siguientes circunstancias: a. Como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la póliza de Seguro de Vida Desgravamen”*; y en caso de serlo, si el supuesto que activa la exclusión de cobertura está probado en autos.

**SÉPTIMO:** Por tanto, en primer lugar, corresponde que el Colegiado determine si la aseguradora cumplió o no con informar oportunamente al asegurado sobre los alcances del seguro contratado, ya sea con la entrega del respectivo Certificado de Seguro que contengan el resumen de las principales condiciones de la póliza, o con la entrega de ésta.

Sobre este extremo, la aseguradora ha presentado una Solicitud - Certificado Seguro de Desgravamen Financiera Confianza N° 0660693 en la que consta la firma y una huella del asegurado, suscrita el 31 de julio de 2017.

Conforme a la Solicitud - Certificado Seguro de Desgravamen, en la página 5/12 consta la exclusión citada.

Atendiendo a dichas circunstancias, esta Defensoría valora la Solicitud - Certificado Seguro de Desgravamen presentada por .............................., llegando a la convicción racional que ese documento firmado por el Señor .............................., acredita que a dicho asegurado se le informó sobre los alcances del seguro contratado, en la medida que en él consta la exclusión de cobertura invocada por la aseguradora.

Por lo que, el Colegiado observa que en autos existe prueba suficiente que lleva a la convicción racional que el asegurado pudo conocer el contenido de las exclusiones a las que está sujeto su contrato de seguro, de manera que no se advierte la existencia de una falta de información de la aseguradora, que haya impedido que el asegurado tome una decisión informada.

Consecuentemente, las exclusiones delSEGURO DE DESGRAVAMEN -PÓLIZA No .............................. resultan válidamente oponibles, siempre que se verifique su materialización.

**OCTAVO**: Que, luego de probado el cumplimiento de la aseguradora, corresponde determinar si en autos está probado el supuesto de exclusión invocado.

Conforme a la carta de rechazo, se ha opuesto la exclusión de enfermedad pre-existente, esto es el padecimiento de cirrosis hepática desde el año 2015, siendo anterior a la contratación del Seguro de Desgravamen con vigencia desde el 31 de julio del 2015.

En el presente caso, de acuerdo con el Certificado de Defunción, la causa básica del fallecimiento del asegurado fue una “cirrosis hepática”, señalándose como causa inmediata de la muerte una hemorragia digestiva alta.

Al respecto, se advierte que conforme a la Historia Clínica, es un hecho probado que en el **año 2015** se le diagnosticó al asegurado **“cirrosis hepática”**, tal como obra como antecedentes consignados en la Clínica de la Red Asistencial Junín de ESSALUD de fecha 23 de septiembre de 2015.

De estos antecedentes fácticos, este Colegiado verifica pruebas razonables que generan la convicción racional que el asegurado padecía de una “Enfermedad Preexistente”, esto es, una enfermedad hepática anterior a la contratación del seguro bajo reclamación, que es identificada como causa básica del deceso del asegurado.

**NOVENO**: Que, luego de probada la existencia de enfermedad preexistente, corresponde determinar si en autos está probado el supuesto de exclusión invocado.

En el presente caso, no es un hecho controvertido que el asegurado padecía de **“cirrosis hepática”** antes de su fallecimiento.

La materia de discusión radica en establecer si tal circunstancia configura en los términos de dicha póliza un supuesto de exclusión de cobertura.

A este efecto, corresponde analizar los términos convenidos por las partes al configurar el evento que determina un riesgo excluido de cobertura.

Conforme a la citada cláusula sobre exclusiones, dicho pacto muestra una delimitación causal donde se establece la condición que debe presentarse para que la enfermedad preexistente adquiera esencia como causal de no cobertura.

En este último caso, se trata de una delimitación causal del supuesto de exclusión, consistente en la mención de la hipótesis de hecho que debe constituir la causa del siniestro (la materialización del riesgo), para que la enfermedad preexistente configure una exclusión de cobertura.

De tal forma que es necesario establecer si el hecho excluido, esto es, la enfermedad preexistente, ha sido o no la causa que ha provocado el riesgo que configura la pretensión de siniestro bajo cobertura.

De acuerdo a la mencionada exclusión, la delimitación causal está prevista en los siguientes términos: *“****La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del(os) ASEGURADO(s) ocurra en las siguientes circunstancias: a. Como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la póliza de Seguro de Vida Desgravamen****”*

Para el Colegiado resulta claro que la Póliza contiene una delimitación causal de la exclusión que no distingue entre consecuencia directa o indirecta. Ello importa que la cláusula considera causa tanto las directas como las indirectas, de manera que la redacción de la cláusula no limita como evento a sólo aquél que, con criterio temporal, se halla más próximo a la materialización del riesgo (fallecimiento o invalidez).

Es indudable que la “cirrosis hepática” no es la causa próxima (directa e inmediata) del fallecimiento del asegurado, como sí lo es la hemorragia digestiva alta. Pero la cirrosis sí es causa indirecta o básica de ésta.

En efecto, la cirrosis hepática es una enfermedad que participa como condición en toda la cadena de eventos concurrentes o sucesivos que se presentan para desencadenar el lamentable fallecimiento del asegurado. De manera que la participación de esa enfermedad (cirrosis) durante la generación del riesgo (muerte), es definida en el contrato de seguro como un supuesto de hecho que configura una exclusión de cobertura.

De manera que la cláusula no sujeta la validez de la exclusión a que un evento se presente como causa próxima, sino que basta que los hechos previstos (como las enfermedades graves/crónicas preexistentes) se presenten como simple condiciones. Esto es, para que opere la exclusión es suficiente que la circunstancia contractualmente prevista como exclusión, preexista o coexista con las demás causas que son consideradas como las que directamente producen el riesgo cubierto (fallecimiento).

De acuerdo a la literatura médica aportada por la aseguradora, se verifica que la hemorragia digestiva por ruptura de várices esófago-gástricas es la complicación más grave y mórbida de la cirrosis hepática.

Por todo lo anterior, este colegiado tiene la convicción racional que, en el presente caso, la cirrosis hepática que padecía el asegurado, generó las complicaciones propias que ocasionaron la causa directa que provocó la muerte.

En ese sentido, tal como ha sido redactada la cláusula en la póliza, ésta no atribuye como única causa del siniestro (fallecimiento) al último suceso con el que aparece conectado dicho riesgo asegurado de manera directa (hemorragia digestiva), sino que incluye también como exclusión a las causas indirectas que participan en la materialización del riesgo, como es el caso de la Cirrosis Hepática.

**DÉCIMO**: Atendiendo a lo expresado precedentemente, esta Defensoría concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, encontrando que existen razones fundadas para el rechazo de cobertura, por lo que

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por doña **..............................** contra **.............................. SEGUROS Y REASEGUROS,** con relación al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ..............................**, como consecuencia del fallecimiento de su señor esposo **..............................**; quedando a salvo el derecho del reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 15 de julio de 2019

Rolando Eyzaguirre Maccan Marco Antonio Ortega Piana

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal