RESOLUCIÓN N° 095/19

**Vistos:**

Que, doña **........................**interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que **........................ SEGUROS** otorgue cobertura al siniestro de invalidez total y permanente que le afecta, conforme al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - 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, ........................ cumplió con presentar sus respectivos descargos y la documentación solicitada;

Que, el 8 de julio de 2019 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia de las partes, quienes tuvieron oportunidad de exponer sus respectivas posiciones tratándose de la materia reclamada, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas;

Que, la reclamante expresa su disconformidad con el rechazo de cobertura, solicitando que la DEFASEG se sirva atender su caso, considerando los antecedentes y fundamentos enunciados resumidamente a continuación: (1) solicita la cobertura por invalidez total y permanente por enfermedad; (2) cuando se afilió no le preguntaron ni le hicieron hacer firmar una declaración jurada sobre su estado de salud, avalando que tenía artritis reumatoide; (3) vino pagando el préstamo hasta que por problemas de la propia enfermedad quedó impedida de seguir laborando lo que generó retrasos en el pago de sus cuotas.

Que, por su parte, ........................ solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) no corresponde otorgar la cobertura de invalidez total y permanente por enfermedad, por cuando las enfermedades causantes de la invalidez (hepatitis viral tipo C crónica, paraparesia espástica y hepatitis crónica activa) fueron padecidas antes de la vigencia de la afiliación a la póliza ........................ (27/10/2018), por lo que se trata de unas enfermedades preexistentes, condición que se encuentra comprendida dentro de las exclusiones que constan en el certificado de afiliación; (2) en el Certificado de Discapacidad del Centro Médico Naval “........................”, se identifica como diagnóstico de daño las siguientes enfermedades: - Artritis reumatoide seropositiva, - Paraparesia espástica tropical y -Hepatitis crónica activa; (3) la descripción de la cobertura de invalidez total y permanente establece que: *“La Compañía pagará el capital asegurado establecido en las Condiciones Generales de la póliza, si la persona designada como el Asegurado sufriera, durante la vigencia de esta cláusula adicional, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente”*; (4) las enfermedades causantes de la invalidez de la asegurada fueron diagnosticadas ocho meses antes de la contratación del seguro.

**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**: 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.

**TERCERO:** 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.

**CUARTO:** **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.

**QUINTO:** Que, 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, tal como se ha invocado en la carta de rechazo, en el presente caso se presenta un supuesto de exclusión que da lugar a la existencia de un riesgo no cubierto por verificarse una enfermedad preexistente que presenta la reclamante antes de la contratación del seguro de desgravamen.

**SEXTO:** De acuerdo con el Certificado de Seguro de Desgravamen No ........................ firmado por la asegurada con fecha 27 de octubre de 2018, dicho seguro no cubre cuando la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad de la asegurada ocurre a consecuencia de enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas.

En consecuencia, está comprobado que la aseguradora cumplió con informar oportuna, adecuada y suficientemente a la asegurada sobre los alcances del seguro contratado, en particular sobre el régimen de exclusiones. En efecto, existe prueba documental suficiente que lleva a la convicción racional que la asegurada pudo conocer de los principales términos y condiciones de la póliza a la cual se afiliaba, entre ellos, de las exclusiones a las que se sujetaba la cobertura, no habiéndose demostrado la existencia de una falta de información de la aseguradora que hubiese impedido que la asegurada tome una decisión informada de consumo.

Atendiendo a lo señalado, las exclusiones del correspondiente contrato de seguro resultan válidamente oponibles, siempre que se verifique su materialización.

**SÉTIMO:** Conforme al Certificado de Discapacidad N° ........................de fecha 11 de diciembre de 2018 del Centro Médico Naval “........................”, cuya copia obra en el expediente, se le reconoce a la asegurada una incapacidad severa, como consecuencia de los siguientes diagnósticos:

* Artritis Reumatoide Seropositiva
* Paraparesia Espastica Tropical
* Hepatitis Crónica Activa

De la revisión de la Historia Clínica de la reclamante del Centro Médico Naval, esta Defensoría ha podido identificar los siguientes antecedentes de salud que resultan relevantes para el pronunciamiento respecto del presente caso:

* Diagnóstico de Artritis Reumatoide Seropositiva, de fecha 14 de mayo de 2018. Acto Médico ........................
* Diagnóstico de Hepatitis Crónica Activa, de fecha 23 de enero de 2018. Acto Médico ........................
* Diagnóstico de Osteocondropatía, de fecha 4 de octubre de 2017. Acto Médico ........................
* Diagnóstico de Hepatitis Viral Tipo C Crónica; Paraplejia Espástica Tropical; Artritis Reumatoide, de fecha 21 de febrero de 2017. Acto Médico ........................

De estos antecedentes se verifica que, antes de la contratación del seguro de fecha 27 de octubre de 2018, la asegurada padecía de las enfermedades que han configurado su invalidez severa.

En ese sentido, no cabe duda que antes de la contratación del seguro de desgravamen, la asegurada ya presentaba enfermedades preexistentes que configuran el riesgo de invalidez total y permanente que se declara en diciembre del 2018.

De manera que se trata objetivamente de enfermedades preexistentes a la contratación del seguro, dado que la asegurada se afilió al seguro de desgravamen el 27 de octubre de 2018, conforme consta de la documentación que obra en el expediente.

En consecuencia, es un hecho probado que las enfermedades que la asegurada padece son anteriores a su afiliación al contrato de seguro de desgravamen.

Este colegiado ha verificado, por consiguiente, la existencia de pruebas documentales razonables que generan la convicción que la asegurada padecía de enfermedades preexistentes padecidas con anterioridad al inicio de la pólizaque dan lugar a la invalidez total y permanente que adolece la reclamante.

Atendiendo a lo señalado, este Colegiado encuentra el rechazo de cobertura legítimo y ajustado a lo regulado en el contrato de seguro, por lo que;

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por doña **........................**contra **........................ SEGUROS**, con relación al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ........................**, dejando a salvo el derecho de la reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 19 de agosto de 2019

Rolando Eyzaguirre Maccan Marco Antonio Ortega Piana

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal