RESOLUCIÓN N° 096/19

**Vistos:**

Que, con fecha 14 de junio de 2019 ........................................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ...........................................COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. (...........................................) otorgue cobertura por invalidez total y permanente conforme a la póliza de seguro de desgravamen – Certificado DTC-........................................... contratada por ............................................

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 17 de junio de 2019 de la respectiva reclamación, la aseguradora presentó sus descargos con fecha 21 de junio de 2019.

Que, el 12 de agosto 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) El Banco ........................................... le otorgó una tarjeta de crédito en el mes de enero de 2016 que cuenta con seguro de desgravamen; b) el 13 de setiembre de 2018 sufrió un accidente de tránsito como pasajero de un bus, el cual le ha generado una fractura de columna, una lumbalgia postraumática, y quedando postrado en cama con descanso médico a la actualidad, con el riesgo de quedarse paralítico y con graves consecuencia que requieren intervenciones quirúrgicas, motivo por el cual ha perdido su trabajo, lo que dificulta el pago de las cuotas de su tarjeta; c) solicitó la activación de su seguro desgravamen por invalidez, pero le han informado que la condición médica que presenta no se encuentra dentro de los alcances de la póliza vigente, con lo que no está de acuerdo, pues en la póliza se indica que cubre por accidente o enfermedad en caso de invalidez; d) en este sentido solicita que la compañía de seguros otorgue la cobertura de seguro de invalidez y se congele la deuda que tenía hasta el mes de febrero de 2019, dejándose de incrementar los intereses en el pago de sus cuotas.

Que, conforme se desprende de los descargos presentados por la aseguradora y de lo expuesto en la audiencia de vista, la aseguradora sustenta el rechazo de siniestro en lo siguiente: a) la Clínica Jesús del Norte emitió un informe médico de fecha 12/06/2019, diagnosticando al asegurado como policontuso y fractura L1, L2 y L3, condición que configuraría una invalidez de grado parcial y naturaleza temporal; b) la cobertura otorgada por la póliza es por invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, la cual se determina conforme a las normas del Sistema Privado de Pensiones; c) el asegurado presente una invalidez parcial temporal, la cual no se ajusta a las condiciones antes establecidas, por lo que la solicitud presentada resulta improcedente.

**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 asegurado no ha acreditado que la invalidez que presenta es de grado total y de naturaleza total, es legítimo o no.

**Sétimo:** De acuerdo a los documentos que obran en el expediente, el reclamante sufrió un accidente de tránsito el 13 de setiembre de 2018, por el cual se le ha diagnosticado:

1. Fractura vertebral L1 estable
2. Fractura de la pars interarticular de L5
3. Espondilolistesis L5S1 de primer grado.
4. Lumbalgia postraumática

Ello se desprende del informe médico emitido el 12 de junio de 2019 por la Clínica Jesús del Norte, donde adicionalmente se refiere que al paciente se le indicó descanso médico del 14 de setiembre de 2018 al 08 de julio de 2019 y que cuenta con aproximadamente 80% de invalidez parcial. También se refiere que se encuentra en terapia de medicina física de rehabilitación.

En consecuencia, no queda claro si la condición que presenta es de naturaleza temporal o permanente, y tampoco se especifica cómo se determina el grado de “aproximadamente” 80% de invalidez parcial que se señala.

A estos efectos debe tenerse presente que de acuerdo a lo establecido en el Certificado de Seguro (acápite Condiciones Principales del Seguro – Descripción de cobertura) que obra en el expediente, las condiciones del seguro en lo que respecto a la cobertura de invalidez total y permanente por accidente o enfermedad son las siguientes:

*“(…) cuando el asegurado se encontrara total y permanente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66.67% de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo 3º de las condiciones Generales.*

*(…)*

*Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la “Norma para la evaluación y calificación del grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones”.*

Adicionalmente, en el acápite “Aviso del Siniestro y Procedimiento para presentar la solicitud de cobertura” del Certificado de Seguro, se señala que, para la cobertura de invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, deberá presentarse como documento probatorio: *“Dictamen de Invalidez del COMAFP O Certificado de Discapacidad”.*

Como se desprende de los párrafos precedentes, no se ha presentado alguno de los documentos señalados, y si bien se ha presentado un informe médico que señala el diagnóstico y que aproximadamente se presentaría una invalidez de 80% parcial, dicho documento no es suficiente para determinar que el asegurado ha configurado el riesgo cubierto por la póliza, esto es, una invalidez total y permanente.

Al no haber acreditado que se ha configurado a la fecha una invalidez total permanente, el rechazo comunicado por la aseguradora resulta legítimo.

No obstante, se deja constancia, que de contar el asegurado posteriormente con un dictamen que acredite que se ha configurado una invalidez total y permanente, tendrá expedito su derecho para volver a solicitar ante la aseguradora el otorgamiento de cobertura.

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