**RESOLUCIÓN N° 126/19**

**Vistos:**

Que, con fecha 7 de agosto de 2019, don ...................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ...................... SEGUROS otorgue debida cobertura al siniestro representado por la muerte del asegurado, su señor padre, don ......................, hecho ocurrido el 16 de julio de 2017, conforme al respectivo contrato de seguro de desgravamen – Póliza Nro.......................;

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.html>);

Que, habiéndosele corrido traslado de la respectiva reclamación, el 22 de agosto de 2019, la aseguradora presentó, dentro del plazo reglamentario correspondiente, el 2 de setiembre de 2019, sus descargos y la documentación solicitada;

Que, el 30 de setiembre de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, con la concurrencia de ambas partes, quienes sustentaron su respectiva posición sobre la reclamación presentada, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta principalmente en lo siguiente: a) El padre del reclamante adquirió un crédito automotriz por S/. 28,709.07 por el plazo de 810 días, para cuyo efecto se contrataron dos seguros: uno vehicular, con la empresa ......................SEGUROS, con vigencia del 21 de abril de 2017 al 21 de abril de 2018, y otro de desgravamen, con ...................... SEGUROS, con vigencia del 1 de noviembre de 2016 al 1 de noviembre de 2017, siendo el asegurado su señor padre, ......................, y contratante la empresa ......................., b) Habiendo fallecido el asegurado el 16 de julio de 2017, se remitió a ...................... SEGUROS toda la documentación pertinente para que se haga efectivo el seguro por el saldo insoluto (S/. 23,386.91), la que comunicó finalmente (carta Nro. 00560 del 13 de octubre de 2017) que rechazaba otorgar cobertura por cuanto el fallecimiento se produjo como consecuencia de una preexistencia (hipertensión endocraneana, ACV hemorrágico y, de fondo, hipertensión arterial y arritmia), la cual padecía desde el año 2012, sustentándose en el Certificado de Defunción Nro. ...................... del 16 de julio de 2017, y en la Epicrisis del 31 de enero de 2012 expedida por el Hospital Privado Metropolitano, c) Empero, debe tenerse en cuenta lo siguiente: (i) de acuerdo al artículo 5 de la póliza, entre las coberturas contratadas consta “muerte natural”, cubriéndose el fallecimiento que ocurra como consecuencia de una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones del seguro, (ii) el artículo 6 de la póliza establece, entre las exclusiones, a la “preexistencia”, entendiéndose como tal a la condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que sea de conocimiento del asegurado, (iii) ni en la solicitud del seguro de desgravamen, ni en el certificado de seguro extendido posteriormente, constan los datos del asegurado, menos su firma, habiéndose violado las exigencias contenidas, entre otros, en el artículo 26 de la Ley Nro. 29949 – Ley del Contrato de Seguro, d) Siendo que toda póliza tiene que estar arreglada a la buena fe y al justo equilibrio entre los derechos de las partes, ...................... SEGUROS, a fin de suscribir la póliza y/o contrato de seguro correspondiente, debió solicitar una Declaración Personal de Salud (DPS), correctamente llenada y firmada, así como exámenes médicos para completar su evaluación en el proceso de otorgamiento del seguro, e) En consecuencia, se tiene que el asegurado se afilió al seguro contratado sin tener la debida información y asesoría por parte de ......................., habiendo actuado de buena fe y por consiguiente, con la representación de estar plenamente coberturado en caso de fallecimiento, siendo que desconocía totalmente sobre su condición de salud, considerada luego como una preexistencia, f) Debe destacarse que la hipertensión arterial es considerada por muchos especialistas médicos como una enfermedad oculta o asintomática, siendo que su padecimiento era desconocido por el asegurado, quien recibía tratamiento médico normal como cualquier ciudadano y no por una enfermedad preexistente como la señalada, y g) Siendo que la hipertensión arterial no fue conocida por el asegurado, por tratarse de una enfermedad oculta o asintomática, no corresponde aplicar la exclusión, debiéndose otorgar la cobertura reclamada por muerte natural;

Que, por su parte, ratificando el rechazo de cobertura, ...................... SEGUROS solicita que la reclamación sea desestimada atendiendo principalmente a lo siguiente: a) El 11 de octubre de 2017 se solicitó el otorgamiento de cobertura del seguro de desgravamen por causa de muerte del señor ......................, siendo que mediante carta del 16 de octubre de dicho año se dio respuesta a dicha solicitud, negándose la cobertura por cuanto el fallecimiento se produjo por una enfermedad preexistente diagnosticada desde el año 2012, con fecha anterior a la contratación y vigencia del seguro, activándose la exclusión convenida en las condiciones generales de la correspondiente póliza (artículo 6, inciso 1), b) De manera posterior, 17 de octubre de 2017, una hija del asegurado solicitó el detalle de la enfermedad preexistente que generó el rechazo, informándosele mediante carta del 19 de octubre de 2017 que, conforme a la historia clínica Nro....................... del Hospital Metropolitano – Chiclayo, Lambayeque, el asegurado había sido diagnosticado por Hipertensión Arterial (HTA) desde el año 2012, siendo además que, conforme al propio certificado de defunción, se señala como causa del deceso: Síndrome de Hipertensión endocraneana, Enfermedad Cerebro Vascular Hemorrágica e Hipertensión Arterial, identificándose a la Arritmia Cardíaca como factor contributivo; en consecuencia, siendo el contrato de seguro del año 2016, se reiteró el rechazo por enfermedad preexistente y c) ...................... SEGUROS, por lo tanto, no ha negado la cobertura de manera arbitraria, sino justificadamente y en los plazos correspondientes, acompañando los documentos sustentatorios pertinentes;

Que, sobre la base de lo tratado en la audiencia de vista, y dentro del plazo concedido para que la aseguradora pudiese demostrar documentalmente que la pretendida enfermedad preexistente era de conocimiento del asegurado y, que la exclusión invocada para fines del rechazo es legalmente oponible, surte efectos frente al asegurado no contratante de la póliza correspondiente, el 3 de octubre de 2019, ...................... SEGUROS presentó determinada documentación complementaria a sus descargos, la misma que fue puesta en conocimiento del reclamante para los fines correspondientes;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este colegiado pueda expedir su pronunciamiento sobre el caso sometido a su conocimiento, sobre la base de la información y de los medios probatorios que obran en el expediente;

**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 alartículo 196 del Código Procesal Civil, la carga de la prueba corresponde a quien afirma hechos que configuran su pretensión, o a quien los contradice alegando nuevos hechos, salvo disposición legal diferente.

**Sexto:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación, en su absolución, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida radica en determinar si se encuentra justificado o no el rechazo de cobertura materia de impugnación. De acuerdo a lo expresado por el reclamante y a mérito de la carta CDR-...................... del 17 de octubre de 2017, el rechazo se sustentaría en que se habría incurrido en determinada causal de exclusión de cobertura (fallecimiento derivado de una enfermedad preexistente, diagnosticada con anterioridad a la afiliación al seguro, la misma que era de conocimiento del asegurado).

Y para estimar ello este colegiado destaca que, conforme a lo sancionado en el artículo 77 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro, compete al asegurado probar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, si fuera esto último el caso, así como compete a la aseguradora probar las causas que la liberan de su prestación indemnizatoria, lo que sería en el presente caso la exclusión invocada.

6.1. De acuerdo al uniforme y consistente criterio de esta Defensoría, la verificación de la legitimidad de un rechazo por exclusión de cobertura demanda que se examinen los tres temas siguientes: (i) El contrato de seguro, ¿contiene o no la exclusión invocada?, (ii) En el supuesto que el contrato contenga la respectiva exclusión, ¿la misma es oponible, esto es, surte plenos efectos frente al asegurado o no?, (iii) Por último, de ser afirmativa la respuesta a la cuestión anterior, ¿se incurrió efectivamente en el supuesto de hecho que corresponde a la exclusión?

6.2. De acuerdo a la póliza presentada por la aseguradora, en las condiciones generales del seguro de desgravamen salud, artículo 6 (Exclusiones), se establece lo siguiente:

 *“LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total y permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de;*

1. *Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del ASEGURADO.*
2. *(…)”.*

Esta es la exclusión invocada para fines del rechazo. En consecuencia, ...................... SEGUROS ha demostrado documentalmente ante este colegiado que el contrato de seguro celebrado en su oportunidad contiene efectivamente la exclusión que fue invocada para fines del rechazo.

6.3. En lo relativo a la oponibilidad del presunto pacto de exclusión, el reclamante destaca que los documentos contractuales presentados por la aseguradora no sólo carecen de los datos de su difunto padre, sino que además no fueron suscritos por él, por lo que se desconocían.

 Como resulta imposible probar el hecho negativo (la falta de conocimiento), corresponde que ...................... SEGUROS demuestre que informó de manera oportuna, adecuada y suficiente al asegurado sobre el régimen contractual de exclusiones y, en particular, de la exclusión que es actualmente invocada para fines del rechazo. Resulta manifiesto que el solo hecho de presentar ante este colegiado los documentos correspondientes (póliza, condicionado y certificado), resulta insuficiente, dado que no hay evidencia de su entrega al asegurado, como podría ser la suscripción de un “cargo” de recepción.

 El tema adquiere singular relevancia porque la póliza relativa a la reclamación es una de naturaleza grupal o colectiva, en la que puede diferenciarse claramente las categorías de contratante no asegurado (la empresa que concedió las facilidades crediticias al asegurado) y asegurado no contratante (el señor Orderique, quien se limitó a afiliarse a un seguro que debía tomar para fines de obtener la facilidad crediticia, cuyos términos y condiciones no negoció y/o concertó con la aseguradora, por lo que su contenido le resulta desconocido, salvo que se demuestre lo contrario). Sobre dicha base, el artículo 137 de la Ley Nro. 29949 – Ley del Contrato de Seguro es concluyente en el sentido que, los contenidos contractuales que no hayan sido informados al asegurado (no contratante) no le son oponibles, esto es, no surten efectos frente a él (*“No son oponibles al asegurado los contenidos contractuales que no le hayan sido informados en el certificado mencionado en el artículo anterior, cuyo contenido mínimo se sujeta a las disposiciones de la Superintendencia”*).

 ...................... SEGUROS ha presentado un ejemplar preimpreso del respectivo certificado (que ni siquiera está extendido a nombre del asegurado), pero no ha demostrado que dicho certificado (que contiene el régimen de exclusiones) haya sido efectivamente entregado al asegurado, pese a que se le concedió un plazo adicional para dicho efecto, conforme a lo tratado sobre este tema en la audiencia de vista.

 En consecuencia, la exclusión que sustenta el rechazo no surte efectos, al ser legalmente inoponible al asegurado y, de manera extensiva, a la sucesión de éste.

6.4. Por último, el tercer tema a examinar es si el asegurado incurrió o no en su oportunidad en el supuesto de hecho que corresponde a la exclusión.

 El tema tiene relevancia porque, en el supuesto que, en vía de revisión, la aseguradora lograse demostrar que sí informó efectivamente al asegurado no contratante de la exclusión que le opone, se tendría que examinar si dicha exclusión se materializó o no. Por ello, este colegiado considera pertinente, al margen del tema de la inoponibilidad concluido anteriormente, pronunciarse sobre si la exclusión se llegó a configurar o no.

 Corresponde destacar nuevamente el contenido y alcances de la exclusión invocada por ...................... SEGUROS para fines de justificar el rechazo de cobertura:

 *“LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total y permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de;*

1. *Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del ASEGURADO.*
2. *(…)”.*

Conforme se aprecia, literalmente, la exclusión demanda de tres aspectos: (i) que la condición de salud haya sido diagnosticada por un profesional médico colegiado, (ii) que el diagnostico haya sido con anterioridad a la fecha de contratación (afiliación) al seguro (grupal) y (iii) que dicho diagnostico haya sido de conocimiento del asegurado.

 Este colegiado aplica en particular la sétima regla interpretativa contenida en el artículo IV de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro: *“La cobertura, las exclusiones y, en general, la extensión del riesgo, así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente”.*

En opinión de este colegiado, las tres exigencias previstas en la exclusión invocada por ...................... SEGUROS son satisfechas en el presente caso. En efecto, (i) de acuerdo a los medios probatorios (historia clínica) que obra en el expediente, se aprecia el diagnóstico, recomendación y tratamiento suscrito por profesionales médicos colegiados: Referencia a ACV (accidente cerebro vascular en curso, al 30 de enero de 2012, con diagnóstico de HTA y ECV, y Diagnóstico de HTA y ECV al 31 de enero de 2012, (ii) las fechas señaladas son anteriores a la contratación (afiliación) al seguro de desgravamen, lo cual ocurrió en noviembre de 2016, y (iii) de acuerdo a la información que se desprende de la propia historia clínica respecto de las enfermedades preexistentes no sólo había controles sino la receta de medicamentos, lo cual permite razonablemente representarse que el asegurado conocía de las enfermedades de las cuales era hospitalizado y/o controlado y por las cuales se le recetaba determinados medicamentos.

 Por lo tanto, está probada la enfermedad preexistente como causal de exclusión de cobertura. Sin embargo, no es menos cierto, conforme fue destacado en la audiencia de vista, que esa situación fáctica no es suficiente *per se* para legitimar el rechazo, y desestimar correlativamente la reclamación, dado que ...................... SEGUROS no ha podido cumplir con probar que el asegurado no contratante fue informado ciertamente de la exclusión que se le opone para el rechazo, por lo que la misma no surte plenos efectos frente al asegurado (ni a sus sucesores) por no haberse acreditado que fue informada de manera oportuna, adecuada y suficiente, con arreglo a norma legal imperativa.

Atendiendo a lo expresado, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que el rechazo de cobertura es ilegítimo, por lo que existen razones fundadas para amparar la reclamación interpuesta, dejándose a salvo el derecho de ...................... SEGUROS para que, en vía de revisión, pueda probar lo pertinente a lo que estima su derecho.

**SE RESUELVE:**

Declarar **FUNDADA** la reclamación interpuesta por ......................, por lo que ...................... SEGUROS debe otorgar cobertura al siniestro ocurrido el 16 de julio de 2017 (fallecimiento del asegurado), conforme al correspondiente contrato de seguro.

Lima, 14 de octubre de 2019

Marco Antonio Ortega Piana Rolando Eyzaguirre Maccan

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal