RESOLUCIÓN N° 130/19

**Vistos:**

Que, con fecha 07 de agosto de 2019 don ...................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ...................... S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (......................) otorgue cobertura de seguro de sepelio por el fallecimiento de ......................, hecho ocurrido el 24 de febrero de 2019, conforme a la Póliza de Seguro Vida Sepelio CAFAE N° .......................

Que, la señalada reclamación cumplió 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, ...................... solicitó un plazo adicional para presentar sus descargos, los cuales finalmente presenta el 10 de setiembre de 2019;

Que, el 23 de setiembre de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista con la concurrencia de ambas partes, las que sustentaron sus respectivas posiciones, absolviendo las diversas preguntas formuladas, conforme consta en la correspondiente acta;

Que, la parte reclamante sustenta su reclamo resumidamente en lo siguiente: a) La aseguradora ha rechazado la cobertura del siniestro invocando la exclusión de preexistencia, señalando que en el certificado de defunción se verifica como causa de fallecimiento paro cardiorrespiratorio / diabetes mellitus; que en base a la historia clínica el asegurado presenta diagnóstico de diabetes mellitus desde el año 1995, presentando complicaciones tardías de diabetes asociado a hipertensión arterial no controlada, y fallece por complicación de diabetes mellitus mal controlada, que el paro cardiorrespiratorio no es causa de muerte ya que hace referencia a la muerte misma; b) que se encuentra en desacuerdo con el rechazo de siniestro pues la historia clínica no menciona el diagnóstico de hipertensión no controlada, que no hay registro de causa de muerte por complicaciones de diabetes mellitus, ni de hospitalizaciones por diabetes descompensada; c) que el certificado de defunción señala a la diabetes como condición que contribuyó a la muerte pero que no tuvo una relación directa con la misma, adjunta como prueba de ello la guía técnica para el correcto llenado del certificado de defunción donde justamente se indica como ejemplo a la diabetes como un factor que contribuye pero que no está directamente relacionado a la muerte, pues de haber sido así iría en la parte I del certificado de defunción, que la aseguradora considera que el paro cardiorrespiratorio no es causa de muerte, por lo que solicita la cobertura de seguro.

Que, por su parte, en su contestación a la reclamación, ...................... expresa resumidamente lo siguiente: a) Se realizó una revisión integral de la historia clínica y se pudo advertir que con fecha 1994 el médico solicitó que se descarte diabetes mellitus, y con fecha 26 de enero de 1995 fue finalmente diagnosticada, adjunta como prueba imágenes de parte pertinente de la historia clínica de dichas fechas; b) el informe de auditoría médica que adjunta concluye basado en la revisión del informe que el asegurado fallece por una evolución desfavorable de enfermedad preexistente: diabetes mellitus, se señala que presenta complicaciones tardía de diabetes mellitus asociado a hipertensión arterial no controlada, y se evidencia complicaciones como nefropatía diabética, pie diabético, falleciendo por descompensación de diabetes mellitus asociado a cuadro infeccioso como la neumonía; c) el certificado de defunción fue llenado sin respetar la guía técnica, la cual señala que el médico debió utilizar toda la información disponible para identificar correctamente las causas de la muerte, y expresamente indica que no se puede utilizar términos vagos para el registro de las causas de la muerte como: paro cardiaco, paro cardio respiratorio, falla multiorgánica, entre otras; por lo que no se puede tomar en cuenta un documento incompleto y llenado en términos vagos para poder dilucidar la causa de la muerte; d) rechazan que se hayan negado la cobertura sin fundamento, han actuado de manera justificado por lo que el reclamo debe ser declarado infundado; e) adjuntan la póliza donde se corrobora que dentro de las exclusiones se encuentran las enfermedades preexistentes.

Que, con fecha 02 de octubre de 2019, la aseguradora presentó el informe de auditoria médica de fecha 20/05/2019 así como copia del cargo de recepción de la carta de fecha junio de 2017 a través de la cual remite el certificado de seguro.

**Considerando:**

**Primero:** Que, 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, 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 ser 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:** Este colegiado destaca que la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro entró en vigencia el 27 de mayo de 2013, esto es, después de la inscripción al seguro que conforme refiere la propia aseguradora ocurrió el 20 de octubre de 1998.

Asimismo, este colegiado tiene en cuenta que la Quinta de las Disposiciones Complementarias, Finales y Modificatorias de la Ley del Contrato de Seguro establece que *“A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente”.*

**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, 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 radica en determinar si es legítimo o no el rechazo de la solicitud de cobertura, consistente en enfermedad preexistente.

A efectos de determinar si el rechazo es legítimo, este colegiado debe verificar si la condición de exclusión fue debidamente pactada, sí se informó al asegurado y sí se encuentra debidamente acreditada.

**Sétimo:** ­­­­­Conforme ha sido expresado por esta Defensoría en reiterados precedentes, la existencia de una póliza colectiva o grupal, como ocurre en el presente caso, deriva en la aplicación de un determinado régimen normativo, de manera puntual para la oponibilidad de su contenido (en especial, de los términos de los alcances de cobertura, tales como la delimitación del riesgo y las circunstancias excluidas de la cobertura de seguro) a los asegurados no contratantes (como es el caso del asegurado), ya que la aseguradora debe demostrar que dicho contenido fue oportuna y suficientemente informado a los asegurados, salvo que acredite en un caso concreto que el interesado conocía del respectivo contenido por otros medios.

En el presente caso, la aseguradora ha presentado el cargo de entrega de la carta de fecha junio de 2017 dirigida al asegurado donde se le informa que ...................... es la compañía de seguros que respalda las pólizas de CAFAE-SE y SUB CAFAE-SE y le hacen llegar para su revisión y custodia el certificado de la póliza N° ...................... de su Seguro de Vida. Asimismo, obra en el expediente el certificado emitido por ...................... y la póliza de seguro, donde figura la exclusión invocada, resultando por tanto está oponible al asegurado.

**Octavo:** La exclusión por preexistencia establecida en la póliza (recogida en el certificado de seguro), establece textualmente lo siguiente:

*“Esta Póliza no cubre los Siniestros* ***relacionados con o*** *a consecuencia de:*

*6.1. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural:*

*6.1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.”* El resaltado y subrayado es nuestro

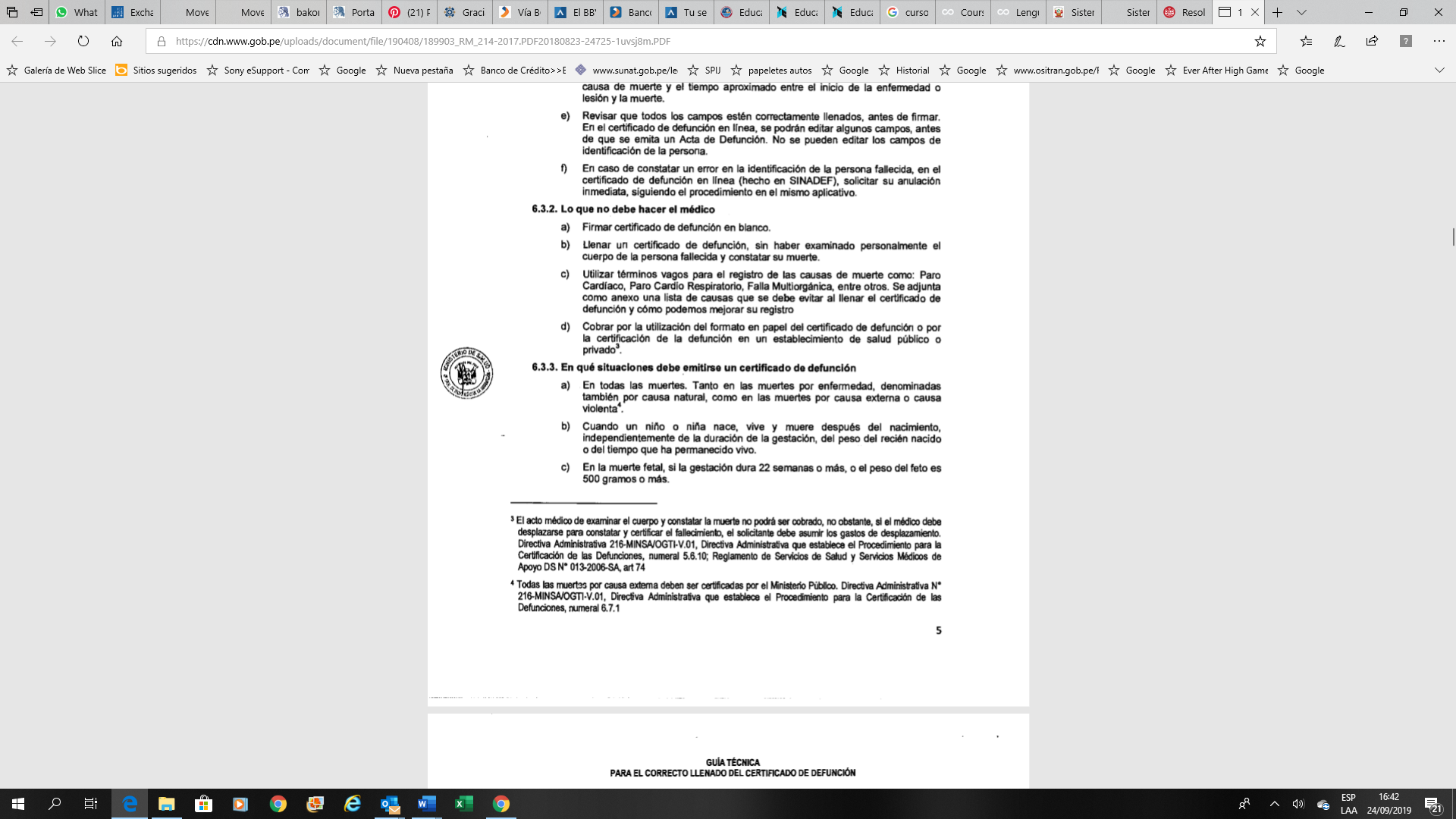
De donde se desprende que el fallecimiento puede: (i) estar relacionado a la muerte natural sin ser necesariamente causa directa del mismo; o (ii) ser causa del fallecimiento.

En este caso, no es un hecho controvertido el que el asegurado padecía de una diabetes preexistente al año 1998; no obstante, la parte reclamante considera que la diabetes no fue causa de fallecimiento. Para ello se basa en el recuadro en donde esta consignada la diabetes mellitus.

De acuerdo a la guía técnica para el correcto llenado del certificado de defunción, solo cuando la diabetes es causa del fallecimiento, la misma se consigna en el recuadro I del certificado de defunción; por el contrario, cuando contribuyó a la muerte, pero no está relacionada con la enfermedad o estado que la produjo, se consigna en el segundo recuadro.

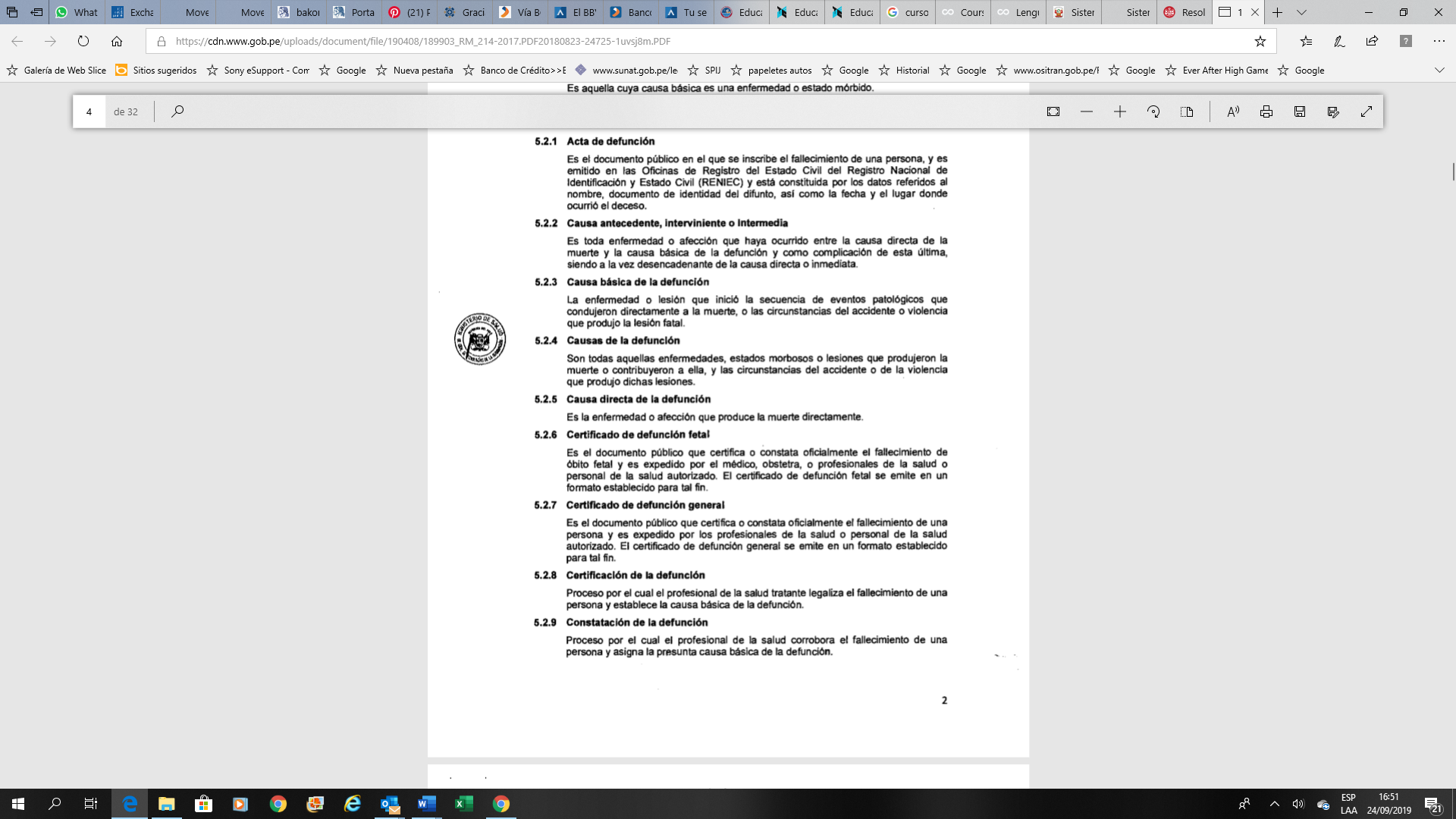
Por su parte, la aseguradora sostiene que el certificado de defunción fue completado en forma incorrecta, por cuanto la guía para el correcto llenado del certificado de defunción aprobada por R.M. ....................../MINSA establece que no se puede consignar como causa del fallecimiento términos vagos para el registro de la muerte como paro cardio respiratorio, que fue justamente lo que se consignó en este caso, y por ello debía recurrirse a la historia clínica para conocer las causas del fallecimiento, para lo cual recurrieron a una auditoria médica.

Este colegiado advierte que, en efecto la indicada guía establece textualmente:

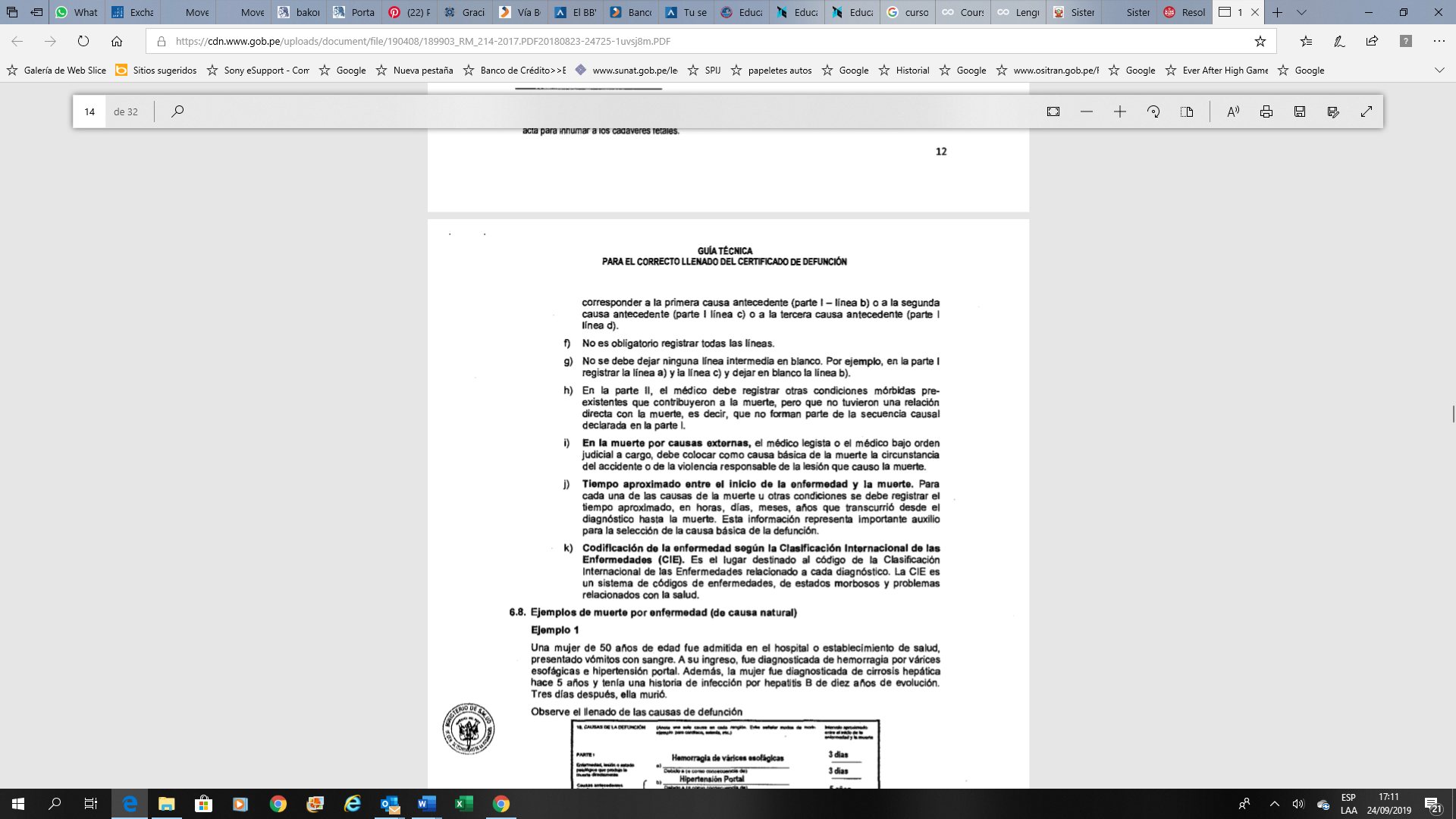


En este orden de ideas, se deduce que un paro cardio respiratorio es consecuencia de un evento previo que origina el fallecimiento y no es por tanto la causa básica del fallecimiento; de donde se concluye que, en efecto, el certificado de defunción fue completado en forma incorrecta.

Adicionalmente se debe tener presente que la referida Guía contiene las siguientes definiciones:



Y contiene, asimismo, la siguiente precisión (página 13 de la guía):



Teniendo en cuenta la redacción utilizada en el literal h) precedente, y de una interpretación “a contrario sensu” se concluye que la condición referida en la parte II del certificado de defunción correspondería a una causa que contribuyó a la muerte, es decir, que tuvo una relación “indirecta” con la misma, aun cuando no formó parte de la cadena causal.

Cabe señalar que en el propio formato del certificado de defunción se establece lo siguiente en este rubro:

*“Otros estados patológicos* ***que contribuyeron*** *a la muerte,* ***pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo****”.*  El resaltado y subrayado es nuestro

Siendo el concepto señalado en dicho rubro un estado patológico que “contribuye” a la muerte, se debe entender que se trata de un estado que no es causa directa o indirecta de la enfermedad que origina la cadena causal, pero que sí contribuyó al fallecimiento y por tanto está relacionada con el mismo. Dicho en otras palabras, al consignarse un estado patológico en dicho recuadro, este no es causa de la enfermedad que origina el fallecimiento, pero sí está relacionado con el fallecimiento mismo, en tanto contribuye al mismo agravando la condición de la persona.

Ahora bien, tal y como estaría redactada la exclusión en la póliza, no solo se excluye a la preexistencia como causa (directa o indirecta) del fallecimiento, sino también a la preexistencia que se encuentra “relacionada” con el fallecimiento. No se especifica si se trata de una relación directa o indirecta con el fallecimiento; pero teniendo en cuenta que se establece como un supuesto adicional al de causalidad (la exclusión refiere: “relacionado con ***o*** a consecuencia de”), este colegiado considera que no se requiere casualidad sino algún tipo de relación (directa o indirecta) entre la causa de fallecimiento y la preexistencia) para que se considere configurada la exclusión. Distinto hubiera sido el caso si la exclusión comprendiera solo a los siniestros cuya causa directa o indirecta corresponde a una enfermedad preexistente.

En este caso se tiene además que al no haberse llenado adecuadamente el certificado de defunción, no queda claro si la diabetes fue causa del fallecimiento o solo un estado que contribuyó al mismo.

En opinión de la aseguradora, sí se trató de una causa de fallecimiento, y no solo de un estado patológico contributivo relacionado (indirectamente) al mismo.

Para sustentar su posición la aseguradora ha presentado un informe médico de auditoría. Cabe precisar que el informe de auditoría médica presentado inicialmente consignaba por error el nombre de un tercero, sin embargo, en la misma audiencia de vista se confirmó que la historia clínica que se anexaba al rechazo sí correspondía al asegurado, por lo que se trataba de un error, aclarado posteriormente, habiéndose adjuntado el informe médico con el nombre correcto. No obstante, aun cuando se concluyera que la diabetes no fue causa del fallecimiento -conforme ha sido expuesto precedentemente-, es suficiente que dicha condición esté relacionada con el fallecimiento (contribuya al mismo), para que corresponda a una condición excluida de la cobertura de seguro.

Por lo tanto, el rechazo de cobertura basado en esta causal resulta legítimo.

**Atendiendo a lo expresado, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento resuelve:**

Declarar **INFUNDADA la reclamación** interpuesta pordon ...................... contra **......................**, dejando a salvo el derecho del reclamante de acudir a las instancias que estime pertinente.

Lima, 28 de octubre de 2019.

Marco Antonio Ortega Piana Rolando Eyzaguirre Maccan

Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal