RESOLUCIÓN N° 068/20

**Vistos:**

Que, con fecha 11 de marzo de 2020 se recibió el reclamo de .................. contra .................. a través del cual solicita se le otorgue las coberturas que contempla el seguro múltiple contratado a través del Banco .................. como consecuencia del fallecimiento de su hermana .................., asegurada bajo dicha póliza;

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 19 de junio de 2020 de la respectiva reclamación la aseguradora presentó sus descargos el 26 de junio de 2020, de los cuales se corrió traslado al reclamante.

Que, el 27 de julio de 2020 se realizó la audiencia virtual de vista con la participación de ambas partes a través de videoconferencia y teléfono, las que absolvieron las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta en la correspondiente acta, requiriéndose a la aseguradora presentar el certificado de seguro completo, así como la póliza de seguro.

Que en resumen la posición del reclamante es la siguiente:a) Su hermana fallece de una emergencia de cáncer y de manera casual en la Clínica ..................; b) el médico internista de dicha clínica coloca de forma equivocada en el certificado de defunción como causa de su muerte neoplasia de endometrio, cáncer que tuvo en el 2016; c) la causa de fallecimiento fue un sarcoma pleomórfico de tejidos blandos en el muslo derecho y un carcinoma de pulmón, dos canceres nuevos distintos al mismo tiempo; d) la aseguradora no ha tomado en cuenta los 4 informes anatomopatológicos adjuntados, ni la historia clínica del INEN; e) en ninguna parte de la historia clínica del INEN se indica que su hermana tuvo recurrencia o metástasis de la neoplasia de endometrio; f) el diagnóstico anatomopatológico de un Instituto especializado en cáncer como el INEN, donde su hermana se hizo todos sus análisis diagnósticos por 3 meses no ha sido tomado en cuenta, .................. solo se basa en la equivocación de una médico internista que coloca Neoplasia de Endometrio en su certificado de defunción de una Clínica como la Centenario donde su hermana fallece de manera casual por una emergencia; g) no entiende por qué piden todas las Historias clínicas foliadas y fedateadas y los informes anatomopatológicos si solo van a tomar en cuenta un Certificado de defunción errado; por lo que reclama la cobertura de seguro.

Que, conforme se desprende de los descargos presentados por la aseguradora y de lo expuesto en la audiencia de vista, .................. sustenta el rechazo de siniestro en lo siguiente: a) Con fecha 14 de agosto de 2017, .................. suscribió la Solicitud/Certificado Nº .................. del Seguro Múltiple a través del Banco ..................; b) con fecha 10 de julio de 2019, la asegurada fallece a causa de neoplasia maligna de endometrio metastásico, conforme figura en el certificado de defunción; c) con fecha 11 de noviembre de 2020 se solicitó la cobertura del seguro de vida, oportunidad en la cual se le requirió presentar la documentación requerida para evaluar el siniestro; asimismo se le informo que existían dos coberturas adicionales a las que eventualmente podía acceder renta hospitalaria y reembolso por cáncer; siendo que el 21 de enero presentó los documentos médicos requeridos y solicitó las coberturas adicionales indicadas; d) con fecha 31 de enero de 2020 se rechazó la cobertura del seguro al determinarse que se trataba de una enfermedad preexistente a la contratación del seguro; lo que evidenciaron luego de revisar la historia clínica y documentos recibidos, pues se evidenció que en el 2016 fue diagnosticada de neoplásica de endometrio, enfermedad consignada como causa del fallecimiento.

Que, con fecha 30 de julio de 2020 la aseguradora presentó lo requerido en la audiencia de vista; por lo que el expediente se encuentra en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento.

**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 enfermedad preexistente es legítimo o no.

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, se ha revisado la póliza de seguro y se ha verificado que la exclusión invocada consta en la misma; asimismo se ha revisado el certificado de seguro, el cual consta de 4 páginas y lleva la firma de la asegurada y se verifica que en el mismo figura la exclusión por preexistencia, por lo que se verifica que la condición de exclusión invocada fue debidamente pactada, así como fue oportunamente informada a la asegurada.

Por lo que la exclusión invocada puede ser opuesta a la asegurada, correspondiendo ahora determinar si la misma se encuentra debidamente configurada.

**Sétimo:** De acuerdo a los documentos que obran en el expediente, se tiene lo siguiente:

1. En el certificado de defunción se indica como causa básica del fallecimiento “Neoplasia de endometrio”; tanto en la primera parte como en la parte final, conforme copiamos a continuación:

(..................)

1. De otro lado, en la historia de la clínica Centenario Peruano Japonesa se aprecia lo siguiente:

(..................)

De donde se desprende que la reclamante además del cáncer de endometrio diagnostico en el 2016, tuvo previamente una neoplasia uterina diagnosticada en el 2004, una neoplasia gástrica diagnostica en el 2010 e ingresa en marzo del 2019 a la clínica Centenario por un aumento a nivel de abdomen evidenciándose líquido libre en cavidad abdominal.

1. Adicionalmente, en la historia clínica de la Clínica .................. en una anotación del año 2016 se aprecia lo siguiente:

(..................)

En la historia de la clínica .................. en una anotación de octubre de 2017 se aprecia lo siguiente:

(..................)

Asimismo, en las anotaciones de enero de 2019 se aprecian una serie de atenciones por problemas de anemia, entre vasta documentación médica que contiene la historia clínica de la entidad hospitalaria en la que finalmente fallece la asegurada.

(..................)

Por lo tanto, este colegiado aprecia que, si bien la reclamante se atendía en el INEN, también se atendía en la clínica .................. y en ella se da cuenta de las distintas enfermedades que le fueron diagnosticas en forma previa a la contratación del seguro, que fue en el 2017.

La reclamante discrepa que el cáncer haya sido la causa del fallecimiento y considera que ese fue un error del médico que completó el certificado de defunción. No obstante, más allá de sostener que ello se desprende de la historia clínica del INEN no adjunta un informe médico que llegue a esa conclusión. Por el contrario, el certificado de defunción es expreso al señalar que la causa básica del fallecimiento fue una neoplasia maligna de endometrio metastásico, lo que se condice con la historia clínica de la Clínica Centenario que da cuenta de múltiples atenciones, entre ellas de diagnósticos de cáncer previos a la contratación del seguro. No existiendo documento que acredite algo distinto.

Asimismo, se aprecia también en la historia clínica del INEN la referencia a los antecedentes de cáncer de la asegurada, indicando que era portadora de neoplasias metacrónicas:

(..................)

Por lo que, en base a los documentos revisados, este colegiado considera que sí se encuentra acredita la exclusión de cobertura invocada y por tanto la misma resulta legítima.

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

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

Lima, 03 de agosto de 2020.

***La Secretaría Técnica certifica que la presente resolución cuenta con el voto de los vocales cuyos nombres figuran en el presente documento.***

**Marco Antonio Ortega Piana – Presidente**

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Vocal**

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Vocal**

**Gonzalo Abad - Vocal**