RESOLUCIÓN N° 023/21

**VISTOS**

Que con fecha 24 de noviembre de 2020, .................., a través de su Apoderado Miguel Voto Bernales, interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que .................. otorgue cobertura al siniestro ocurrido el 30 de agosto de 2019, al vehículo asegurado de Placa de Rodaje AJD-056, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro Vehicular N° ...................

Que, la señalada reclamación cumple con las exigencias de materia, cuantía y oportunidad establecidas en el reglamento de la DEFASEG, habiéndose presentado dentro del plazo que corresponde de acuerdo a dicho reglamento.

Que, habiéndose corrido traslado de la señalada reclamación, .................. con fecha 25 de enero de 2021 ha presentado su contestación a la Reclamación adjuntando la Póliza y los documentos relativos al siniestro. Que, con fecha 28 de enero de 2021, el reclamante ha presentado un escrito adicional como réplica a la contestación a la reclamación efectuada por ...................

Que, con fecha 01 de febrero de 2021 se realizó la correspondiente audiencia de vista con la asistencia virtual de ambas partes, quienes sustentaron su posición, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado. quedando entonces el expediente a la fecha en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento.

Que, el asegurado solicita que .................. proceda a la atención del siniestro ocurrido al vehículo asegurado por las siguientes resumidas razones: 1) Que, el 03 de agosto de 2019, el vehículo asegurado fue objeto de un accidente de tránsito que ocasionó su pérdida total. Que, las investigaciones a cargo de la Comisaría de Lurín concluyeron, confeccionándose el ATESTADO N° .................. de fecha 25 de julio de 2020, del cual se aprecia que el vehículo asegurado fue participante de un accidente de tránsito “Choque por alcance”, subsecuente de lesiones personales y materiales. 2) Que, es el caso que la aseguradora antes de que culminen las investigaciones, emitió un prematuro pronunciamiento para no cumplir con su obligación, lo que generó que el asegurado solicite esperar que culminen las investigaciones, máxime que la PNP, ante la existencia de daños personales y materiales, había derivado las investigaciones al Ministerio Público, conforme consta en el Oficio N° ................... 3) Que, en tal sentido, al concluirse la investigación y formularse el Atestado Policial, con fecha 20 de agosto de 2020 se presenta la formal reclamación por la prematura decisión de no honrar la póliza de seguro, que mereció como respuesta que “no es posible otorgar cobertura al siniestro”, por las siguientes razones: (1) declaraciones contradictorias (2) reportar el siniestro de manera extemporánea (3) efectuar transacción judicial con tercero participante del evento. 4) Que, en relación a lo que la aseguradora califica como “acuerdo extrajudicial” no es lo que realizó el asegurado, ya que lo que realizó fue un “contrato de mutuo”, considerando que ante el evidente estado de indigencia del tercero al encontrarse con su vehículo inoperativo con el cual se dedica a realizar transporte de verduras para su diaria subsistencia, el asegurado accedió a hacerle un préstamo de dinero para que pueda refaccionar su vehículo y posteriormente le devuelva al asegurado la suma mutuada. Que, esto no es una transacción, pues claramente se consigna en el PUNTO CUARTO, que el mutuo NO IMPLICA RECONOCIMENTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NI DE NINGUNA OTRA NATURALEZA y que obedece a un acto humanitario. 5) Que, en relación a lo que la aseguradora califica como “Reporte Extemporáneo”, se debe citar la Resolución SBS N° 3203-2013 que en su artículo 3° indica que “el aviso de siniestro debe presentarse en el más breve plazo”. Que, en el presente caso y como se ha demostrado a la aseguradora con los anexos acompañados al Recurso de Reconsideración presentado el 06 de octubre pasado, el asegurado se encontraba imposibilitado de comunicar el siniestro, por la sencilla razón de que el evento sucedió a las 9.30 pm del sábado 03 de agosto de 2019, en el km 25 de la Panamericana Sur, Lurín, ocasionando lesiones en el asegurado que fue conducido por el CGBV al Hospital de Villa El Salvador; de ahí por la PNP a la Sanidad de la PNP en Chorrillos, de ahí a su domicilio en Pachacamac, donde permaneció pocas horas para ser conducido a Emergencia de la Clínica Anglo Americana en San isidro (día domingo), donde permaneció hasta horas de la noche que fue conducido a su domicilio en Pachacamac y, al día siguiente lunes, semi repuesto de las lesiones, se dirige a su oficina en Chorrillos y de ahí comunica el siniestro. Que, el asegurado se pregunta ¿en qué espacio de tiempo pudo preocuparse del seguro cuando prioritariamente tenía que atender su salud antes las lesiones ocasionadas por el siniestro ‘? Que, las lesiones se demuestran con los certificados médicos e historias clínicas que se han presentado a la aseguradora, con el detalle del tiempo por minutos. 6) Que, es importante citar para el presente caso el Art. 1314° del Código Civil “Inimputabilidad por diligencia ordinaria” y el Art. 135° del Código Civil “Caso fortuito o fuerza Mayor”

Que, por su parte .................. solicita se declare infundada la reclamación, por las siguientes resumidas razones. 1) Que, con fecha 05 de agosto de 2019 a las 11,20 horas, el señor .................. se comunicó con la aseguradora reportando la ocurrencia de un siniestro respecto del vehículo asegurado. Que, en dicha llamada se informó que el accidente había ocurrido con fecha 03 de agosto de 2019 a las 21.30 horas, es decir, que se reportó luego de más de un (01) día con 13 horas de producido, siendo importante advertir que el reporte a la aseguradora puede realizarlo cualquier persona o tercero no participante en el siniestro y no necesariamente el conductor de la unidad, con lo cual se evidencia que no hubo impedimento ni justificación para que el reporte sea efectuado **en el más breve plazo**, conforme a las condiciones planteadas y no de forma extemporánea. 2) Que, de igual forma cabe resaltar que la denuncia policial ante la Comisaría PNP de Lurín, recién se efectuó a las 09.00 horas del día 05 de agosto de 2019, es decir luego de más de un (01) día con once (11) horas de ocurrido el accidente. 3) Que, adicionalmente, el señor .................. suscribió sin autorización de .................. un acuerdo con el propietario de uno de los vehículos terceros que participó en el accidente. Que, sobre lo manifestado por el señor .................. que el referido documento es un “Contrato de Mutuo” y no una transacción, se debe rechazar tal interpretación, toda vez que en el referido documento queda claro que únicamente tiene en el titulo lo que podría entenderse como mutuo, pero que de la revisión de sus cláusulas se evidencia que constituye una transacción, más allá del título que coloquen las partes. Que, se debe precisar que contrariamente a lo alegado por el reclamante, no podría hablarse de un “documento de ayuda humanitaria” ni tampoco de un documento “ajeno al siniestro” toda vez que del contenido se observa sin lugar a dudas que tiene relación directa con el siniestro, habiéndose inclusive mencionado a la aseguradora y a la póliza del seguro vehicular del señor .................. y así mismo, habiéndose condicionado la devolución a la fecha posterior a la cobertura de la póliza, todo lo cual reafirma que dicho documento constituye un acuerdo de transacción entre dichas partes, razón por la cual también incurrió en causal de exclusión de cobertura. Que, en este orden, luego de la evaluación integral del siniestro, la aseguradora con carta de fecha 22 de octubre de 2019, informó al asegurado que el referido siniestro no tiene cobertura puesto que se incurrió en (i) declaraciones fraudulentas (ii) reporte extemporáneo (iii) denuncia policial extemporánea y (iv) transacción extrajudicial sin autorización de ................... 4) Que, al haberse realizado el reporte del siniestro en forma extemporánea, se ha perjudicado el derecho de la aseguradora a verificar oportunamente las circunstancias y responsabilidades del siniestro, incumpliendo con las obligaciones que establece el contrato de seguro, lo que determina la pérdida del derecho indemnizatorio, conforme se prevé en las Condiciones Generales de la Póliza. 5) Que, así mismo, cabe señalar que el aviso extemporáneo del siniestro obedece al menos a CULPA INEXCUSABE, puesto que el asegurado no ha cumplido con acreditar la existencia de algún hecho que justifique la demora por tal cantidad de horas, máxime considerando que cualquier persona pudo comunicar el siniestro. Que, el señor .................. expone en su reclamo como pretendida justificación en la demora en comunicar el siniestro, el hecho que había resultado lesionado en el accidente, sin embargo, conforme se indica en su reclamo, y además fluye de los actuados, es el caso que se le dio de alta médica del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, a las 02.43 horas del 04 de agosto de 2019, y que incluso habría ingresado a su domicilio a las 05.15 horas del 04 de agosto de 2019. Que, en consecuencia, resulta evidente que desde por lo menos el 04 de agosto de 2019 a las 05.15 horas el señor .................. se encontraba en condiciones para reportar el siniestro, sin embargo, recién lo hizo al día siguiente, el 05 de agosto de 2019 a las 11.20 horas, es decir, luego de más de 30 horas de haber vuelto a su domicilio y luego de 33 horas de haber sido dado de alta médica, por lo cual se evidencia que incumplió con su obligación de comunicar en el más breve plazo. Que, cabe agregar que, además de ser una obligación de carácter contractual, el reporte oportuno del siniestro constituye una obligación legal establecida en la Ley de Contrato de Seguro (Ley 29946) y en el Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros, aprobado por Resolución SBS N° 3202-2013. 6) Que, sobre la denuncia policial extemporánea, la misma se realizó ante la Comisaría PNP de Lurín luego de más de un día con 11 horas de producido el siniestro, siendo que en tal virtud es de aplicación lo establecido en el numeral 6.1.3 del numeral 6.1 del artículo 6 de las Condiciones Generales de la Póliza. 7) Que, en relación a las declaraciones fraudulentas, estas determinan la pérdida del derecho indemnizatorio. Que, en la llamada de reporte del siniestro se informó que el accidente ocurrió en la Panamericana Sur, cuando un **camión** que lo antecedía disminuyó la velocidad impactándolo por la parte posterior por no mantener la distancia, así mismo señalo que al momento del accidente **se encontraba solo**. Que, sin embargo, en la entrevista realizada al señor .................. con fecha 09 de setiembre de 2019, ante el asesor de la aseguradora, señor Víctor Fuentes, el asegurado ante la pregunta N° 15 respondió que el accidente se produjo por falta de alumbrado público y por haber sido cerrado en su eje por un **auto oscuro.** Que, sobre lo anterior, con fecha 21 de octubre de 2019, el señor .................. conductor de la unidad tercera, declaró ante la aseguradora (en las preguntas 6 y 7 de la entrevista) que del vehículo asegurado salieron cuatro (4) jóvenes bien vestidos entre las edades de 18, 20 y 23 años, los mismos que se retiraron del lugar de los hechos evitando de esta forma la acción policial. En tal virtud, se observa que el asegurado no se encontraba solo. Que, así mismo cabe señalar que el dispositivo de seguridad (airbag) del asiento del copiloto se encontraba accionado y con rastros de sangre, quedando evidenciado que en dicho asiento de copiloto se encontraba un pasajero quien llevaba instalado el cinturón de seguridad, pues caso contrario no se habría activado dicho dispositivo. Que, en consecuencia, es de aplicación lo previsto en las Cláusulas Generales de Contratación, artículo 10.12.1 PERDIDA DEL DERECHO INDEMNIZATORIO.

**CONSIDERANDO**

**PRIMERO:** Que conforme a su reglamento la DEFASEG 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” o “usuarios de seguros” a los asegurados propiamente dichos, a los contratantes del respectivo seguro y/o a los beneficiarios nombrados en la póliza.

**SEGUNDO**: Que, así mismo, de acuerdo a su reglamento la DEFASEG solo 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.

**TERCERO** : Que el artículo 1 de la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguros 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 que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura , a indemnizar , dentro de los limites 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.

**CUARTO**: Que, el artículo 1361 del Código Civil dispone que los contratos sean 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 se refiere el artículo 196 del Código Procesal Civil, salvo que se acoja a alguna presunción legal de carácter relativo o absoluto.

**SEXTO:** Que, de acuerdo a los términos contenidos en la reclamación, a la contestación de la misma, al escrito adicional remitido por el reclamante y a lo tratado en la audiencia de vista, la materia controvertida sometida al conocimiento de este colegiado radica en determinar si el rechazo, expresado por .................. en su carta .................., se encuentra sustentado de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Vehículos contratada y a la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguros.

**SETIMO:** Que, el rechazo expresado por la aseguradora se sustenta en lo siguiente:

1. Que, el conductor del vehículo asegurado ha brindado declaraciones inconsistentes y contradictorias que devienen en declaraciones fraudulentas.
2. Que, el conductor del vehículo asegurado no cumplió con las obligaciones de realizar la denuncia policial, someterse al examen de dosaje etílico y solicitar la constatación policial de los daños, de acuerdo a los plazos estipulado en las Condiciones Generales del Seguro Vehicular.
3. Que, el asegurado realizó una transacción extrajudicial, con el propietario del vehículo tercero sin conocimiento de la aseguradora, infringiendo el artículo 7° de las Cláusulas Generales de Contratación.

**OCTAVO**: Que, en respuesta a lo mencionado en el Considerando Sétimo, el asegurado manifestó su disconformidad con el rechazo de la cobertura, en razón de lo siguiente:

1. Que, no se han brindado declaraciones inconsistentes y contradictorias que devienen en fraudulentas, en razón de que el relato sobre las circunstancias del siniestro, se encuentra claramente establecido en el ATESTADO N° ..................
2. Que, el no haber podido realizar el reporte del siniestro a la aseguradora y la denuncia policial en los plazos establecidos en la póliza de seguro, se debió a las atenciones médicas que tuvo que recibir a consecuencia del siniestro, primero en el Hospital de Villa El Salvador; de ahí por la PNP a la Sanidad de la PNP en Chorrillos, de ahí a su domicilio en Pachacamac, donde permaneció pocas horas para ser conducido a Emergencia de la Clínica Anglo Americana en San isidro (día domingo), donde permaneció hasta horas de la noche.
3. Que, en relación a lo que la aseguradora califica como “acuerdo extrajudicial” no es lo que realizó el asegurado, ya que lo que realizó fue un “contrato de mutuo”, considerando que ante el evidente estado de indigencia del tercero al encontrarse con su vehículo inoperativo con el cual se dedica a realizar transporte de verduras para su diaria subsistencia, el asegurado accedió a hacerle un préstamo de dinero para que pueda refaccionar su vehículo y posteriormente le devuelva al asegurado la suma mutuada. Que, esto no es una transacción, pues claramente se consigna en el PUNTO CUARTO, que el mutuo NO IMPLICA RECONOCIMENTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL NI DE NINGUNA OTRA NATURALEZA y que obedece a un acto humanitario.

**NOVENO. -** Que, en relación a lo manifestado por .................. y el reclamante en los Considerandos Sétimo y Octavo, al escrito adicional presentado por el asegurado y al análisis de los documentos que obran en el expediente, este colegiado aprecia lo siguiente:

1. Que, en relación a lo manifestado por el asegurado sobre lo indicado por la aseguradora como declaraciones inconsistentes y contradictorias, en la llamada de reporte del siniestro se informó que el accidente ocurrió en la Panamericana Sur, cuando un **camión** que lo antecedía disminuyó la velocidad impactándolo por la parte posterior por no mantener la distancia, así mismo señalo que al momento del accidente **se encontraba solo**. Que, sin embargo, en la entrevista realizada al señor .................. con fecha 09 de setiembre de 2019, ante el asesor de la aseguradora, señor Víctor Fuentes, el asegurado ante la pregunta N° 15 respondió que el accidente se produjo por falta de alumbrado público y por haber sido cerrado en su eje por un **auto oscuro.** Que, sobre lo anterior, con fecha 21 de octubre de 2019, el señor .................. conductor de la unidad tercera, declaró ante la aseguradora (en las preguntas 6 y 7 de la entrevista) que del vehículo asegurado salieron cuatro (4) jóvenes bien vestidos entre las edades de 18, 20 y 23 años, los mismos que se retiraron del lugar de los hechos evitando de esta forma la acción policial. Que, sin embargo, en su escrito adicional de fecha 21 de enero de 2021, el asegurado indica en su prueba N° 10 que se desestima lo indicado por el señor .................. sobre la presencia de terceras personas en el vehículo asegurado y que ello se refleja en su prueba N° 6.

ii) Que, en el presente caso no es materia controvertida de que el reporte del siniestro a la aseguradora se realizó luego de más de un (01) día con 13 horas de producido y que la denuncia policial se realizó después de más de un (01) día con once (11) horas de ocurrido el accidente. Que, al respecto y de acuerdo a lo indicado por el propio asegurado en su escrito de la reclamación, las atenciones médicas realizadas en el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador y el procedimiento del Dosaje Etílico en la Sanidad Policial de Chorrillos, cuando culminan, el asegurado ingresa a su domicilio el Domingo 04 de agosto de 2019 aproximadamente a las 05.15.00 horas con el auxilio de sus familiares, que lo auxiliaron en la Sanidad Policial de Chorrillos al enterarse del siniestro. Que, luego el asegurado indica que, el domingo 04 de agosto de 2019 a las 10.00 horas, sale de su domicilio rumbo a la Clínica Anglo Americana ingresando a las 11.49 am, pasando a Sala de Reposo a las 14.47 horas, retornando a su domicilio a las 19.00 horas, siendo que el lunes 05 de agosto de 2019 las 11.00 horas realiza la llamada a .................. reportando el siniestro.

iii) Que, en relación a lo que el asegurado considera un “CONTRATO DE MUTUO” es de observar que, en el inciso segundo del mencionado contrato, se establece que “La devolución del dinero mutuado deberá hacerse en cuanto la antes citada compañía de seguros le pague al MUTUATARIO el importe de la reparación de su vehículo camión ya referido, no devengando este mutuo interés alguno para el MUTUANTE.

**DECIMO:** Que, en relación a lo indicado en los Considerandos Sétimo, Octavo y Noveno de la presente Resolución, el colegiado manifiesta lo siguiente:

1. Que, el asegurado ha brindado declaraciones contradictorias e inconsistentes, de acuerdo a lo siguiente:

* Que, en el reporte telefónico del siniestro a la aseguradora, indicó que el mismo se había producido cuando el camión que iba adelante redujo su velocidad y el asegurado lo chocó por detrás (choque por alcance) por no mantener su distancia.
* Que, sin embargo, en la entrevista realizada al señor .................. con fecha 09 de setiembre de 2019, ante el asesor de la aseguradora, señor Víctor Fuentes, el asegurado ante la pregunta N° 15 respondió que el accidente se produjo por falta de alumbrado público y por haber sido cerrado en su eje por un **auto oscuro.**
* Que, en el reporte telefónico del siniestro a la aseguradora, el asegurado indicó que al momento del accidente se encontraba solo; sin embargo, con fecha 21 de octubre de 2019, el señor .................. conductor de la unidad tercera, declaró ante la aseguradora (en las preguntas 6 y 7 de la entrevista) que del vehículo asegurado salieron cuatro (4) jóvenes bien vestidos entre las edades de 18, 20 y 23 años, los mismos que se retiraron del lugar de los hechos evitando de esta forma la acción policial. Que, es necesario indicar que el asegurado en escrito adicional manifestó que en su prueba N° 10 se desestima lo indicado por el señor .................. sobre la presencia de terceras personas en el vehículo asegurado y que ello se refleja en su prueba N° 6, donde el señor .................. en su declaración ante el Fiscal Provincial Enrique Martín Quesada López, no menciona nada de lo que el asesor de .................. consigna en el Acta de Entrevista.

1. Que, en relación a la extemporaneidad en el reporte del siniestro a la aseguradora y en la denuncia policial, por declaración del propio asegurado, después de las atenciones de emergencia y de los trámites del dosaje etílico, ingresó a su domicilio el Domingo 04 de agosto de 2019 aproximadamente a las 05.15.00 horas con el auxilio de sus familiares, que lo auxiliaron en la Sanidad Policial de Chorrillos al enterarse del siniestro, para luego volver a salir con dirección a la Clínica Anglo Americana a las 10:00 horas del mismo día. Que como se puede observar, el asegurado tuvo un tiempo de casi cinco (5) horas para reportar telefónicamente el siniestro, máxime considerando que cualquier persona pudo comunicar el siniestro; así mismo, en ese lapso, al ir a la Clínica pudo también realizar la denuncia policial.
2. Que, en relación a lo indicado por el asegurado de que el documento con que entregó al tercero afectado (señor ..................) una cantidad de dinero como gesto humanitario es un Contrato de Mutuo, es necesario comentar que, contrariamente a lo alegado por el reclamante, no podría hablarse de un “documento de ayuda humanitaria” ni tampoco de un documento “ajeno al siniestro” toda vez que del contenido se observa sin lugar a dudas que tiene relación directa con el siniestro, habiéndose inclusive mencionado a la aseguradora y a la póliza del seguro vehicular del señor .................. y así mismo, habiéndose condicionado la devolución a la fecha posterior a la cobertura de la póliza,

**DECIMO PRIMERO:** Que, de acuerdo al análisis realizado por la Defensoría de los documentos que obran en el expediente, se considera lo siguiente:

x) Que, existen declaraciones diferentes y contradictorias sobre la causa del siniestro (la mencionada en el reporte telefónico (que se informó que el accidente ocurrió en la Panamericana Sur, cuando un **camión** que lo antecedía disminuyó la velocidad impactándolo por la parte posterior por no mantener la distancia) y luego, (en la entrevista realizada al señor .................. con fecha 09 de setiembre de 2019, ante el asesor de la aseguradora, señor .................., el asegurado ante la pregunta N° 15 respondió que el accidente se produjo por falta de alumbrado público y por haber sido cerrado en su eje por un **auto oscuro**). Que, ante este hecho la aseguradora considera que las declaraciones diferentes y contradictorias devienen en declaraciones fraudulentas en razón de que no le permiten conocer las circunstancias y responsabilidades reales de la ocurrencia del siniestro.

Que, sobre el particular, este colegiado ya se pronunciado uniformemente en diversas resoluciones en el sentido que no basta invocar la sola contradicción, sino que corresponde evidenciar la intencionalidad y presentar cuál es la ventaja que en otras condiciones o circunstancias no se habría obtenido, debiendo existir un elemento consciente de ventaja indebida. Resulta manifiesto que la intencionalidad o dolo como representación consciente al actuar es de difícil probanza, pero no es menos cierto que pueden presentarse situaciones indiciarias que permiten sostener final y razonablemente que ha habido una intencionalidad de lograr, fraudulentamente, una ventaja que en otras circunstancias no se habría obtenido. Que, en consecuencia, es de aplicación el artículo 10° de las Condiciones Generales de la Póliza, que expresa lo siguiente:

“**CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA**

(…)

**10.12 Pérdida del Derecho Indemnizatorio**

*Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 8.3, LA COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y EL ASEGURADO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:*

*10.12.1 Si EL ASEGURADO o la persona que obre esa representación, actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos”.*

Que, lo mencionado se condice con lo expresado en el artículo 73 de la Ley 29946, que expresa lo siguiente:

**“Artículo 73 – Fraude**

*El asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos*”.

xx) Que en relación al punto 2 del Considerando Décimo, como se puede observar, el asegurado tuvo un tiempo de casi cinco (5) horas para reportar telefónicamente el siniestro, máxime considerando que cualquier persona pudo comunicar el siniestro; así mismo, en ese lapso, al ir a la Clínica pudo también realizar la denuncia policial. Que, en ese periodo no hay justificación de fuerza mayor o caso fortuito para no haber cumplido con las Condiciones de la Póliza, por lo que se considera culpa inexcusable. Que, en consecuencia, es de aplicación el artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza, que expresa lo siguiente:

**“CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA**

**Artículo 6°. – Procedimiento y Plazo para presentar la solicitud de cobertura**

*6.1 Cobertura 001: Cobertura de Daño Propio al automóvil asegurado*

*En adición a las cargas y obligaciones señaladas en el artículo 7° de las Cláusulas Generales de Contratación, en caso de siniestro, el ASEGURADO, deberá cumplir con las siguientes cargas y obligaciones, bajo pena de perder el derecho indemnizatorio:*

*(…)*

*6.1.1 Denunciar en forma veraz y de inmediato el hecho a la Autoridad Policial de la jurisdicción, debiendo presentar una copia legalizada de la denuncia a La COMPAÑÍA.*

*(…)*

*6.1.5 Comunicar en el mas breve plazo posible a LA COMPAÑÍA la ocurrencia del siniestro.*

*(…)”*

Que, lo mencionado se condice con una obligación de naturaleza legal, establecida en la Ley de Contrato de Seguros (Ley 29946) y el Reglamento de gestión y Pago de Siniestros, aprobado por Resolución SBS 3202-2013.

xxx) Que, en relación al punto 3 del Considerando Décimo, el documento suscrito por el asegurado y el tercero afectado en el siniestro menciona lo siguiente:

**“SEGUNDO**: *La devolución del dinero mutuado deberá hacerse en cuanto la antes citada Compañía de Seguros, le pague al MUTUATARIO el importe de la reparación de su vehículo camión ya referido, no devengando este mutuo interés alguno para EL MUTANTE”.*

Que, al no haber sido conocido y aceptado este acuerdo por la aseguradora, en el cual se compromete a la misma al pago del siniestro, es de aplicación el artículo 7° de las CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACION, que expresa lo siguiente:

**“CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACION**

**Artículo 7° - Cargas, Garantías y Obligaciones del asegurado**

*“Es de cargo del ASEGURADO la obligación de acreditar ante LA COMPAÑÍA su derecho a ser indemnizado con la documentación veraz, completa e idónea y remitir, dentro de las 24 horas siguientes de recibido o tomado conocimiento, todo aviso, comunicación, notificación o cualquier otro documento que pudiera recibir con motivo del siniestro, conjuntamente con las contestaciones correspondientes que deberán ser formuladas cuidando los intereses de LA COMPAÑÍA y absteniéndose de allanamientos, reconocimientos, desistimientos, compromisos o transacciones, sin previo aviso, consentimiento por escrito de LA COMPAÑÍA”*

El resaltado es nuestro

Que, en atención a todo lo expresado, se considera que el rechazo posee legitimidad.

Que, en consecuencia, esta Defensoría del Asegurado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que

Resuelve

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por .................. contra .................., dejando a salvo el derecho del reclamante para recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 01 de marzo de 2021

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

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Presidente**

**Marco Antonio Ortega Piana – Vocal**

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Vocal**

**Gonzalo Abad del Busto - Vocal**