RESOLUCIÓN N° 029/21

**Vistos:**

Que, mediante escritos del 5 y 29 de enero de 2021, don .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que .................. otorgue cobertura al siniestro que corresponde a su declaración de incapacidad no temporal por la Comisión Médica Evaluadora y Calificadora de Incapacidades de EsSalud, de fecha 7 de enero de 2019, de acuerdo a los términos y condiciones del Seguro Múltiple, póliza Grupal 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 el 1 de febrero de 2021 de la respectiva reclamación, el 10 de febrero de 2021 .................. presentó sus descargos y la documentación requerida;

Que, el 15 de marzo de 2021 se realizó la señalada audiencia de vista virtual, con la sola participación del reclamante en la plataforma electrónica habilitada para dicho efecto, cuya representante sustentó su posición respecto de la reclamación y absolvió las preguntas que le fueron formuladas, no habiéndose presentado .................., conforme consta de la correspondiente acta que fuese remitida electrónicamente a las partes;

Do Que, la reclamación interpuesta se sustenta resumidamente en lo siguiente: a) El asegurado se afilió a una póliza grupal, pero la misma no le fue entregada, b) El 7 de enero de 2019 fue declarada su incapacidad no temporal por la Comisión Médica Evaluadora y Calificadora de Incapacidades de EsSalud, c) Habiendo presentado los correspondientes documentos para el otorgamiento de la cobertura por invalidez, .................. rechazó otorgarla mediante comunicación del 29 de diciembre de 2019, expresando que de acuerdo a la póliza el supuesto de cobertura es invalidez total y permanente por accidente, lo cual no corresponde a la situación invocada, pese a que dicha póliza no había sido entregada en su momento, haciendo recién llegar una póliza que no contiene su firma y de la cual no se fue informado oportuna, adecuada y suficientemente, y d) De acuerdo al artículo 137 de la Ley del Contrato de Seguros, no son oponibles al asegurado los contenidos contractuales que no le hayan sido informados mediante la entrega del respectivo certificado; en consecuencia, corresponde el otorgamiento de la cobertura reclamada;

Que, por su parte, ratificando el rechazo de cobertura, .................. expresa resumidamente lo siguiente: a) El seguro contratado ofrece diversas coberturas: muerte natural, muerte accidental, invalidez total y permanente por accidente, reembolso de emergencia nacional, entre otras, b) El 29 de abril de 2009, el reclamante se afilió al señalado seguro múltiple bajo las señaladas condiciones, siendo que el 14 de mayo de 2019 solicitó que se haga efectiva la cobertura por invalidez total y permanente, acompañando diversas certificaciones médicas, c) Mediante carta BEN Nro. 05200/2019 del 28 de mayo de 2019 se expresó al asegurado que, sobre la base de los documentos presentados, no se acreditaba una invalidez total y permanente, debido a que no había evidencias o signos de incapacidad con un menoscabo igual o mayor a 66%, siendo además que el asegurado estaba en proceso de tratamiento, d) El 30 de mayo de 2019 el asegurado solicitó un reconsideración, acompañando documentación y certificaciones médicas adicionales, e) El 13 de agosto de 2019, mediante carta BEN Nro. 08521/2019, para fines de proseguir con el proceso de evaluación, se solicitó al asegurado la presentación de la historia clínica completa de los establecimientos de salud en los que ha sido diagnosticado y atendido por sus padecimientos médicos causantes de su invalidez hasta la actualidad, f) El 11 de noviembre de 2019 el asegurado presentó lo requerido, g) Mediante carta BEN Nro. 013570/2019 del 29 de noviembre de 2019, .................. destacó que el seguro múltiple cubre invalidez total y permanente derivada de un accidente, conforme a los casos señalados en la póliza, siendo que la invalidez invocada proviene de enfermedades psiquiátricas: Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad, Síndrome de Desadaptación y Síndrome Ansioso Depresivo, por lo que proviene de enfermedades y no de un accidente, y h) Tratándose finalmente de la información relacionada al seguro, debe destacarse el dato fáctico conforme al cual el asegurado ha tenido más de diez años de contratación de la póliza, por lo que de ser -como afirma- que no se le informó sobre sus condiciones, no se entiende cómo entonces ha perdurado un contrato de seguro en el tiempo, pagándose las primas, considerándose que en sede administrativa se admite que recae en la diligencia del asegurado el informarse mínimamente sobre los productos que contrata;

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 documentos 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. En consecuencia, las reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura y pago de indemnizaciones, como pueden las pretensiones indemnizatorias por daños y perjuicios, por reembolso de gastos, o relativas a 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 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, atendiendo a la circunstancia que el asegurado sostiene que la póliza a la cual se afilió en momento alguno le fue entregada, esto es, que carece de información sobre su contenido, sobre los alcances de la cobertura reclamada, y considerando que .................. no ha demostrado que cuidó de informar oportuna, adecuada y suficientemente al asegurado sobre los contenidos del respectivo seguro.

6.1. No es controvertido que el Seguro Múltiple relativo a la presente reclamación corresponde a una póliza grupal, signada bajo el Nro. ..................; por lo que es de aplicación lo dispuesto en el artículo 137 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro: *“No son oponibles al asegurado los contenidos contractuales que no le hayan sido informados en el certificado mencionado en el párrafo anterior, cuyo contenido mínimo se sujeta a las disposiciones de la Superintendencia”*. Las pólizas grupales permiten diferenciar entre las partes y el asegurado, ya que el asegurado se afilia, se suma, a un contrato ya celebrado, del cual no es parte, de manera que la norma referida busca asegurar que el asegurado no contratante conozca de los términos y condiciones del seguro al cual se afilia o incorpora, porque sólo así se le podrán oponer las disposiciones pertinentes. Corresponde a la aseguradora, conforme a lo anterior, informar sobre los alcances de la póliza, asumiendo la carga probatoria de acreditar dicho conocimiento, siendo el medio idóneo la entrega de un certificado que contenga toda la información pertinente.

6.2. Sobre el particular el criterio uniforme de esta Defensoría, según se desprende de sus diversas resoluciones expedidas sobre la materia y que constan publicadas en su sitio web, radica en que el artículo 137 de la Ley Nro. 29946 presupone que, en caso de un siniestro, el hecho ocurrido corresponda a un riesgo aceptado por la aseguradora. En consecuencia, se aplica el mismo concepto que el desarrollado en materia de “siniestro consentido” (artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro), esto es, que el siniestro debe provenir de un riesgo que se encuentre cubierto o que ha sido aceptado; de lo contrario, se estará ante un evento ajeno a la póliza contratada, lo que va más allá que el asegurado tenga o no conocimiento de su contenido. Así, conforme a los antecedentes de dicha norma, la aplicación de la misma implica que no se pueden oponer al asegurado las cargas, garantías o exclusiones, entre otros aspectos del contrato de seguro, si ellos no hubiesen sido efectivamente informados, correspondiendo demostrar a la aseguradora que sí lo hizo oportunamente.

Conforme a lo anterior, por ejemplo, tratándose de la exclusión consistente en la ausencia de cobertura por enfermedad preexistente, por más que la misma se haya materializado, no podrá ser invocada y opuesta al asegurado si es que no se demuestra que, en su debida oportunidad, aquél fue informado sobre la misma. Distinto es el caso de las coberturas que corresponden a los riesgos aceptados; en tal virtud, si la póliza contratada cubre el riesgo de invalidez total y permanente, los riesgos de invalidez parcial y permanente, invalidez total y transitoria e invalidez parcial y transitoria son sencillamente ajenos al contrato de seguro, no han sido aceptados ni dimensionados para la estimación probabilística de su materialización, ni para el cálculo de las primas, por lo que no podría asumirse que el evento sucedido deba ser indemnizado por el solo hecho de su ocurrencia, pese a que no haya sido considerado al momento de contratar. La información que debe ser compartida es la que podría ser opuesta tratándose de un riesgo aceptado.

6.3. Si bien .................. no ha demostrado haber dado cumplimiento a la exigencia implícita del artículo 137 de la Ley del Contrato de Seguro, deber de informar, siendo absolutamente insostenible su alegación en el sentido que, por el tiempo en que el seguro ha estado vigente, es el asegurado el que ha debido tomar diligentemente conocimiento de las condiciones contractuales, esto es, informarse con la debida diligencia, lo cierto es que en el presente caso no está en discusión un rechazo sustentado en una exclusión o en la inobservancia de una carga o de una garantía para reducir el riesgo. Lo que se encuentra en discusión es que la póliza no cubre el evento que afecta al asegurado, dado que cubre invalidez total y definitiva por accidente, y no por enfermedad, al margen sobre si se está o no ante una invalidez que no sería permanente o definitiva.

6.4. En razón de lo anterior, dado que el reclamante invoca la regla de la inoponibilidad de condiciones contractuales cuando no han sido informadas oportuna, adecuada y suficientemente, es que en la audiencia de vista se le requirió sobre el criterio uniforme de la DEFASEG en el sentido que, la exigencia de brindar información oportuna, adecuada y suficiente, sólo opera tratándose de los riesgos aceptados en el contrato al cual el asegurado se afilia, póliza grupal.

6.5. En el presente caso, la omisión informativa incurrida por la aseguradora sobre los alcances del seguro generaría un determinado tipo de responsabilidad exigible tanto en el ámbito administrativo como en el jurisdiccional; pero ello no es suficiente para concluir por automatismo que la cobertura es debida, porque la cobertura que se reclama no corresponde a un riesgo aceptado, por lo que disponer su otorgamiento sería violar gravemente los principios de indemnización y mutualidad que estructuran a todo seguro.

6.6. Por último, retomando el argumento de defensa de .................., conforme al cual un asegurado diligente debe informarse (directamente) sobre el seguro tomado y que se encuentra pagando (por un apreciable tiempo), debe recordársele que el usuario de seguros tiene derecho a ser informado por la aseguradora sobre los alcances del contrato de seguro, máxime cuando aquélla está en la mejor posición de hacerlo y al menor costo, encontrándose además sujeta al deber de hacerlo, deber que es jurídicamente una carga, porque de acreditarse que no cumplió con ello, no podrá invocar las estipulaciones o defensas derivadas del contrato, tales como inobservancias de cargas, falta de garantías o conjuración de exclusiones, debiendo indemnizar por el siniestro, en la medida que corresponda al riesgo aceptado. De acuerdo a ello, compete a la aseguradora informar al asegurado sobre las estipulaciones contractuales, conforme al régimen legal pertinente.

Atendiendo a lo expresado, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que

**SE RESUELVE:**

**Declarar INFUNDADA** la reclamación interpuesta por don .................., dejándose a salvo su derecho para recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 19 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**