RESOLUCIÓN N° 009/19

**Vistos:**

Que, don **............** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que **............**otorgue cobertura al siniestro de invalidez total y permanente que le afecta, conforme al **SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL - PÓLIZA No ............****.**

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 de la respectiva reclamación, ............cumplió con presentar sus respectivos descargos y la documentación solicitada;

Que, el 17 de diciembre de 2018 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia de ambas partes, quienes tuvieron oportunidad de exponer sus respectivas posiciones tratándose de la materia reclamada, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas;

Que, el reclamante expresa su disconformidad con el rechazo de cobertura, solicitando que la DEFASEG se sirva atender su caso, considerando los antecedentes y fundamentos enunciados resumidamente a continuación: (1)la aseguradora hace caso omiso a su solicitud con respuestas dilatorias y abusivas; (2) funcionarios de INDECOPI Arequipa tienen conocimiento de su caso; (3) ha sido declarado discapacitado al 70% por COMAFP, con grado total y de naturaleza permanente

Que, por su parte, ............solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) el 22 de mayo de 2017, el ............ le notifica la solicitud de cobertura presentada por el asegurado, por padecer de invalidez total y permanente, asimismo, dicha entidad adjunta la Hoja de Liquidación del Seguro y el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez de la COMAFP; (2) con Carta BEN-............de fecha 30 de mayo de 2017, se comunica al reclamante que no procede otorgar el beneficio de la cobertura solicitada, en razón de que a la fecha de configuración de la invalidez, el asegurado no contaba con deuda pendiente de pago; (3) con Carta ............/2017 de fecha 14 de noviembre de 2017, se reiteró el rechazo de cobertura de invalidez total y permanente por enfermedad, y se informó al reclamante que también contaba con un Seguro Múltiple Póliza N° ............ que brinda la cobertura de invalidez total y permanente por accidente únicamente; (4) con Carta BEN-............ de fecha 27 de diciembre de 2017, se le informó al asegurado que, luego de recibida la documentación presentada el 18 de diciembre de 2017, mediante la cual solicita la exoneración de la deuda con el ............ a raíz de un crédito hipotecario que adquirió el 5 de diciembre de 2016, no procede la cobertura en tanto la enfermedad que produce la invalidez es de origen preexistente; (5) conforme a los documentos médicos presentados, se observa que en el Dictamen de Evaluación y Calificación de la Invalidez N° ……-2017 de fecha 30 de marzo de 2017, realizado por la COMAFP se indica que el reclamante padece de una invalidez total y permanente, asignándosele un menoscabo de 70% y señalándose como fecha de ocurrencia de la invalidez el 17 de enero de 2016; (6) según la información proporcionada por el ............, que aparece consignada en la hoja de liquidación del seguro, la fecha de afiliación de la Póliza No ............ fue el 14 de marzo de 2017; (7) al momento de la configuración de la invalidez, esto es, el 17 de enero de 2016, el asegurado no tenía deuda pendiente de pago, es decir, dado que el saldo deudor hasta esa fecha era cero, entonces el reclamante no mantenía vigente póliza alguna y, por ende, no es posible otorgarle la solicitud de cobertura; (8) las enfermedades causantes de la invalidez del reclamante fueron padecidas antes de la vigencia de la póliza, lo cual constituye un supuesto de exclusión, según la cláusula décimo segunda de la Póliza.

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que el colegiado pueda expedir su pronunciamiento sobre el presente caso sometido a su conocimiento;

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO**: Conforme al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, **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 y cuantía.**

**SEGUNDO**: El artículo 1 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro 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 de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar -dentro de los límites 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.

**TERCERO:** 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.

**CUARTO:** **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.

**QUINTO:** Que, de acuerdo a los términos contenidos en el rechazo, la reclamación y en la respectiva absolución, así como a lo tratado en la audiencia de vista, la solución de la presente controversia consiste en determinar si, tal como se ha invocado en la carta de rechazo, en el presente caso se presenta un supuesto de exclusión que da lugar a la existencia de un riesgo no cubierto por la existencia de invalidez preexistente que presenta el reclamante antes de la contratación del seguro de desgravamen.

**SEXTO:** Conforme se verifica en autos, obra copia de la solicitud de Seguro de Desgravamen Individual II con fecha 05 de diciembre de 2016 y firmada por el reclamante. En dicho documento expresamente se advierte que dicho seguro no cubre cuando la invalidez total y permanente por enfermedad del asegurado ocurre a consecuencia de enfermedades o dolencias preexistente o enfermedades congénitas.

Asimismo, obra en autos el cargo de recepción de la Póliza ............– Desgravamen Individual, firmado por el reclamante.

Según se establece en las condiciones generales, cláusula décimosegunda sobre “Exclusiones – Riesgos No Cubiertos”, “*el seguro no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de: a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas*”.

Asimismo, en la cláusula primera se define como “Enfermedad o dolencia preexistente”, “*cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro”*.

En consecuencia, está comprobado que la aseguradora cumplió con informar oportuna, adecuada y suficientemente al asegurado sobre los alcances del seguro contratado, en particular sobre el régimen de exclusiones. En efecto, existe prueba documental suficiente que lleva a la convicción racional que el asegurado pudo conocer de los principales términos y condiciones de la póliza a la cual se afiliaba, entre ellos, de las exclusiones a las que se sujetaba la cobertura, no habiéndose demostrado la existencia de una falta de información de la aseguradora que hubiese impedido que el asegurado tome una decisión informada de consumo.

Atendiendo a lo señalado, las exclusiones del correspondiente contrato de seguro resultan válidamente oponibles, siempre que se verifique su materialización.

**SÉTIMO:** Conforme al Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez N° ............ emitido por la COMAFP el 30 de marzo de 2017, cuya copia obra en el expediente, se verifica que el tiempo de los diagnósticos que dan lugar a la calificación de la invalidez que padece el asegurado tiene como fecha de ocurrencia el 17 de enero de 2016, esto es se remontan a una fecha anterior a la contratación del Seguro.

En ese sentido, no cabe duda de que antes de la contratación del seguro de desgravamen, el asegurado ya presentaba enfermedades preexistentes que configuran el riesgo de invalidez total y permanente que se declara el 30 de marzo de 2017.

De manera que se tratan objetivamente de una situación de enfermedades preexistente a la contratación del seguro, dado que el asegurado se afilió al seguro de desgravamen el 05 de diciembre de 2016, conforme consta de la documentación que obra en el expediente.

En consecuencia, es un hecho probado que las enfermedades que el asegurado padece son anteriores a su afiliación al contrato de seguro de desgravamen.

Este colegiado ha verificado, por consiguiente, la existencia de pruebas documentales razonables que generan la convicción que el asegurado padecía de enfermedades preexistentes producidas con anterioridad al inicio de la póliza,que dan lugar a la invalidez total y permanente que padece el reclamante.

Atendiendo a lo señalado, este Colegiado encuentra el rechazo de cobertura legítimo y ajustado a lo regulado en el contrato de seguro, por lo que;

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por don **............** contra **............ VIDA**, con relación al **SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL - PÓLIZA No ............**, dejando a salvo el derecho del reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 21 de enero de 2019

Marco Antonio Ortega Piana María Eugenia Valdez Fernández Baca

Presidente Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal