RESOLUCIÓN N° 011/19

**Vistos:**

Que, don **........**interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que **........ SEGUROS** otorgue cobertura al siniestro de invalidez total y permanente que le afecta, conforme al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - 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, ........ SEGUROS cumplió con presentar sus respectivos descargos y la documentación solicitada;

Que, el 7 de enero de 2019 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)reclama la cobertura de desgravamen de su crédito vehicular, por riesgo de invalidez total y permanente, por haber alcanzado la condición exigida en la póliza; (2) la deuda pendiente corresponde a 43 cuotas mensuales con un monto aproximado de S/ 47,109.94; (3) reconoce que tenía preexistencia pues recibe tratamiento desde hace más de 3 años, pero aún no tenía el dictamen definitivo, sólo contaba con una pensión transitoria; (4) se le otorgó el crédito vehicular con sus boletas de pensionista para verificar sus ingresos, y ahí toman conocimiento de su estado de salud; (5) la aseguradora tenía conocimiento de su boleta como pensionista por invalidez y le ha permitido pagar el seguro durante casi 2 años

Que, por su parte, ........ SEGUROS solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) no procede la cobertura del siniestro por cuanto la invalidez que afecta al asegurado está directamente relacionada con enfermedades preexistentes a la contratación del seguro; (2) de acuerdo con el dictamen No 05464-2018 emitido por el Comité Médico de la SBS-COMEC con fecha 27 de junio de 2017, el menoscabo global de 70% que presenta el reclamante, se funda en los diagnósticos de “insuficiencia cardiaca congestiva” e “insuficiencia (de la válvula) mitral”; (3) en la historia clínica de la Red Rebagliati ESSALUD, se constata que el asegurado presentaba los antecedentes patológicos desde el 2 de marzo de 2014 de “insuficiencia cardíaca descompensada” y “fibrilación auricular”; (4) el 3 de febrero de 2017 el reclamante se afilió al Seguro de Desgravamen contratado por ........ con motivo de un contrato de crédito vehicular; (5) en el condicionado de la póliza, se contempla en la sección de Exclusiones, literal j), que una de las causales expresas de no cobertura son las enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación del seguro; (6) en su escrito de reclamación, el asegurado admite que sí se presenta un caso de preexistencia, ya que reconoce que recibe tratamiento desde hace más de 3 años; (7) el reclamante no ha presentado medio probatorio que acredite que ........ conocía su estado de salud antes de la contratación del seguro, así como que le haya indicado que no habría problemas y que debía pagar el seguro a fin de contar con la cobertura; (8) el certificado de seguro fue debidamente suscrito por el asegurado, prestando su conformidad a los términos del seguro contratado.

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 enfermedad preexistente a la contratación del seguro de desgravamen.

**SEXTO:** Conforme se verifica en autos, obra copia de la solicitud/certificado de Seguro de Desgravamen ........ ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA-EPPYME firmada y con huella digital del 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 graves y/o crónicas preexistentes.

Según se establece en el rubro de “Exclusiones”, “*las siguientes exclusiones aplican a las siguientes coberturas de la presente Póliza de seguro: Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad e Invalidez total y permanente por accidente. La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez total y permanente del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias: (…) j) Enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro de Vida Desgravamen*”.

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 del Titular N° 0564-2018 emitido por el Comité Médico de la SBS - COMEC el 27 de junio de 2018, cuya copia obra en el expediente, se verifica que los diagnósticos que contribuyen al menoscabo que padece el asegurado, son “insuficiencia cardiaca congestiva” e “insuficiencia (de la válvula) Mitral.

Igualmente, se verifica en a Historia Clínica del asegurado en la Red Asistencial Rebagliati, éste al 2 de marzo del 2014 padecía de las siguientes enfermedades: Insuficiencia Cardiaca Descompensada y Fibrilación Auricular.

En ese sentido, no cabe duda que antes de la contratación del seguro de desgravamen, esto es al 3 de febrero de 2017, el asegurado ya presentaba enfermedades preexistentes que configuran el riesgo de invalidez total y permanente que se declara el 27 de junio de 2018.

De manera que se trata objetivamente de una situación de enfermedades preexistentes a la contratación del seguro.

En consecuencia, es un hecho probado que las enfermedades que el asegurado padece son anteriores a su afiliación al contrato de seguro de desgravamen, hecho que también ha sido reconocido por el propio reclamante en su escrito de reclamación.

**OCTAVO:** En su reclamación el asegurado sostiene que la aseguradora conocía de su situación de invalidez, es decir, que ........ conocía de su estado de salud y que siempre le informaron que no habría problema para tener cobertura mientras pagara su seguro de desgravamen.

Sobre este extremo, se aprecia que en autos no obra medio probatorio que corrobore el dicho del reclamante. No se encuentra evidencia que permita sostener que ........ al momento de la contratación del seguro conocía del estado de salud del asegurado, ni que representantes de la aseguradora le hayan indicado al reclamante que pese a su situación de salud no habría problemas para contar con la cobertura.

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 **........ SEGUROS**, con relación al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ........**, dejando a salvo el derecho del reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 28 de enero de 2019.

Marco Antonio Ortega Piana María Eugenia Valdez Fernández Baca

Presidente Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal