RESOLUCIÓN N° 026/19

**Vistos:**

Que, **......................** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que **......................** otorgue cobertura al siniestro de invalidez que le afecta, conforme al **SEGURO DESGRAVAMEN CONTIFÁCIL SOLES 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 11 de febrero de 2019 se llevó a cabo la audiencia de vista con la concurrencia de las partes, quienes expusieron sus posiciones y respondieron las preguntas del Colegiado;

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) solicita la cobertura de desgravamen por invalidez; (2) en el año 2015 solicitó al ...................... un préstamo, faltando pagar el monto de S/16,000 soles; (3) en marzo del 2018 sufrió un derrame cerebral, por lo que fue intervenido hasta en tres oportunidades, quedando paralizado todo el lado izquierdo de su cuerpo, y en junio sufrió una convulsión por lo que nuevamente lo internaron; (4) se encuentra imposibilitado de laborar, pues tiene todo el miembro superior izquierdo paralizado, el miembro inferior izquierdo no está recuperado, se moviliza con mucha dificultad.

Que, por su parte, ...................... solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) no procede la cobertura del siniestro por cuanto el asegurado no presenta una invalidez de grado total y de naturaleza permanente; (2) la cobertura solo se aplica cuando ya no hay capacidad de recuperación en el tiempo y existe daño permanente; (3) según el Certificado Médico – ...................... emitido por el Hospital Nacional Guillermo Almenara con fecha 21 de septiembre de 2018, el asegurado tiene los diagnósticos de. Aneurisma cerebral roto/ hemiparesia/ trastorno de la marcha y se le asigna un menoscabo del 48%; (4) advierte que en caso se cuenten con documentos que contradigan esa calificación, queda expedito el derecho del reclamante para presentarlos y que sean evaluados; (5) el seguro contratado no cuenta con la cobertura por invalidez permanente parcial, únicamente por invalidez total y permanente; (6) el Certificado del Seguro fue debidamente suscrito por el asegurado, prestando su plena conformidad.

**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**: Según la quinta disposición complementaria, final y modificatorias de la Ley del Contrato de Seguro –Ley N° 29946- las disposiciones de dicha ley se aplicarán, a partir de su vigencia, inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo, siempre que previamente éstas no hayan estado reguladas legal o contractualmente.

**TERCERO:** 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.

**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, 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.

**SEXTO:** Que, de acuerdo a los términos contenidos en el rechazo, la reclamación y en la respectiva absolución, la solución de la presente controversia consiste en determinar si en el presente caso, se presenta o no un siniestro bajo cobertura.

**SÉTIMO:** Obra en autos, la Solicitud/Certificado de Seguro de Desgravamen CONTIFÁCIL firmada por el asegurado el 27 de abril de 2016. En dicho documento se detalla la cobertura contratada:

*“II. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS*

*(…)*

*3. Invalidez total y permanente por enfermedad. Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad, el hecho que el Asegurado antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se consideran factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.*

*Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, la suma asegurada máxima para personas mayores de 65 años será de US$250,000 o su equivalente en Moneda Nacional. La cobertura de la Invalidez Total y Permanente por enfermedad se extiende hasta la edad de 74 años y 364 días”.*

De los términos contractuales citados, se aprecia que el riesgo de Invalidez que resulta cubierto por el seguro contratado es aquel que tiene el grado de Total y resulta de naturaleza Permanente.

Conforme al artículo 77 de la Ley del Contrato de Seguro, corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida si fuera el caso. Asimismo, en el presente caso, según consta en la Solicitud/Certificado de Seguro de Desgravamen CONTIFÁCIL, para solicitar la cobertura en caso de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, el asegurado debe presentar un *“Dictamen de Invalidez emitido por la Comisión Médica de ESSALUD o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o Policiales si corresponde”*.

Ello conlleva para el caso del riesgo de invalidez, que el asegurado tiene la carga de la prueba de la existencia de una invalidez, de su grado y de su naturaleza. Con ello la prueba queda abierta a la documentación médica que aporte la interesado.

En el presente caso, el reclamante sustenta su solicitud de cobertura con el Certificado Médico – DS N° ...................... Número 02-251-2018 de fecha 21 de septiembre de 2018, emitido por ESSALUD – RED Asistencial ALMENARA.

Se verifica en dicho certificado, que el reclamante presenta una invalidez del siguiente grado y naturaleza:

*“III. La Comisión Médica de Evaluación de Incapacidades, de acuerdo a sus facultades certifica lo siguiente:*

*(…)*

*b. Características de la incapacidad*

 *Naturaleza de la incapacidad PERMANENTE*

*PARCIAL”*

Lamentablemente, en dicho Certificado no se acredita que la discapacidad que padece el asegurado sea de grado total. En efecto, sólo se menciona como menoscabo un porcentaje de 48%-. **Es decir, en dicho documento no se determina la existencia de una invalidez que fuera “Total”.**

**En consecuencia,** se aprecia que de la documentación que obra en autos, no existe prueba que el grado de la invalidez que padece el reclamante sea total. Por tanto, se concluye que no existe evidencia de la existencia de una condición de invalidez que resulte amparada por las coberturas de la póliza contratada.

**OCTAVO:** En esa medida, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que existen razones fundadas para calificar como legítimo el rechazo de cobertura al cual se contrae la presente reclamación por lo que;

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por **......................** contra **......................** con relación al **SEGURO DESGRAVAMEN CONTIFÁCIL SOLES No ......................**, dejando a salvo el derecho del reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 18 de febrero de 2019

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana

 Presidenta Vocal

 Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal