**RESOLUCIÓN N° 059/19**

**Vistos:**

Que, con fecha 14 de marzo de 2019, doña ...........................interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ........................... SEGUROS autorice el reembolso de la suma reclamada, ascendente a S/. 337.64 (trescientos treinta y siete con 64/100 soles) relativa a exámenes e informe médico, por negativa injustificada de atención al crédito, conforme al Seguro de Salud Red Médica Plan Clásico – Póliza 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, conforme al Reglamento de la DEFASEG, atendiendo a la cuantía de la reclamación, que no supera US$ 3,000 (o su equivalente en moneda nacional), esta última puede ser resuelta por un órgano resolutivo unipersonal, el mismo que, en el presente caso, está a cargo del vocal que suscribe;

Que, habiéndosele corrido traslado de la respectiva reclamación, el 26 de marzo de 2019, ........................... SEGUROS no absolvió el trámite, por lo que en su rebeldía esta Defensoría procedió a citar a la audiencia de vista, conforme a las disposiciones pertinentes de su Reglamento;

Que, el 6 de mayo de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, con la asistencia de ambas partes, quienes sustentaron su respectiva posición sobre la reclamación, absolviendo las diversas preguntas que les fuesen formuladas, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta principalmente en lo siguiente: a) La póliza contratada no especifica que el descarte de ovario poliquístico o acné no se encuentra cubierto (ni el descarte o la enfermedad diagnosticada), b) El 14 de octubre de 2018 se atendió en la Clínica ...........................en la especialidad de endocrinología, ya que quería descartar acné a causa de un ovario poliquístico, para lo cual el médico señaló que debía someterse a unos exámenes: glucosa, androstenediona, insulina basal y testosterona libre; empero, en caja de dicha clínica se le informó que la póliza no cubría tales análisis, c) El 16 de octubre la ejecutiva de la aseguradora le informó que no había coherencia con los diagnósticos expuestos, frente a lo cual se destacó que, conforme al artículo 25-2A de la póliza, no se especificaba que el acné no estaba cubierto, ni el descarte o la enfermedad diagnosticada, d) Frente a ello, el 19 de octubre se sometió a los estudios correspondientes, siendo que luego la aseguradora le solicitó el informe médico para tener un sustento de lo que quería descartar el médico, siendo que por razones de viaje recién pudo presentarlo el 23 de noviembre, lo cual derivó en una respuesta de la aseguradora, el 30 de noviembre, señalando que sí estaban cubiertas las medicinas, con lo cual se aceptó que los exámenes estaban cubiertos, e) Habiendo solicitado el 4 de diciembre el reembolso (por los exámenes e informe médico correspondiente), al día 7 se le informó que la póliza no consideraba el beneficio de reembolso, habiendo pasado más de un mes desde que se solicitó el examen médico, y f) Siendo que no está exigiendo un reembolso como condición de la póliza, sino el proveniente de un gasto que tuvo que realizar porque la aseguradora no lo asumió a tiempo, solicita una respuesta favorable;

Que, con ocasión de la audiencia de vista, la aseguradora presentó la póliza contratada, así como impresiones de los diversos correos electrónicos generados con relación a la materia de la reclamación, negando el reembolso reclamado;

Que, con fecha 7 de mayo de 2019, ........................... SEGUROS presentó extemporáneamente sus descargos, los que serán considerados en lo que corresponda;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este órgano resolutivo unipersonal pueda expedir su pronunciamiento sobre el caso sometido a su conocimiento, sobre la base de la información y de los medios probatorios facilitados por las partes;

**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, de manera que las reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura, como pueden las pretensiones indemnizatorias por daños y perjuicios, por reembolso de gastos, o 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, en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida radica en determinar si se encuentra o no justificado el reembolso reclamado.

6.1. De acuerdo a los términos y condiciones de la póliza contratada, lo cual ha sido aceptado por la reclamante -de manera que sobre dicha materia no hay controversia-, el seguro de asistencia medica contratado es uno bajo el régimen de cobertura bajo crédito (en centros o clínicas autorizados) y no bajo reembolso, al menos tratándose de Lima, no en provincias.

6.2. Tampoco resulta siendo materia controvertida que el 14 de octubre de 2018 la asegurada se atendió en la Clínica ...........................para un descarte de acné, siendo que su médico tratante ordena que se someta a un conjunto de exámenes, siendo que en caja de dicho establecimiento le informaron que carecía de cobertura respecto de ellos. Con fecha 15 de octubre de 2018, el *bróker* de la asegurada solicitó cobertura, cuestionando la negativa recibida anteriormente, acompañando la orden de atención para los respectivos exámenes, documento en el cual no se habrá apreciado el motivo ni el diagnostico a descartar, razón por la cual la auditoría medica de ........................... SEGUROS solicitó un informe médico que respaldase dicha orden.

 El hecho es que dicho informe fue finalmente obtenido, pero no se presentó a ........................... SEGUROS hasta el 23 de noviembre de 2018, esto es, más de un mes después de la fecha en que fue solicitado, siendo que el día 19 de octubre de 2018 la asegurada se sometió a los exámenes, dado que afirma que tenía que viajar. Es más, el documento remitido a la aseguradora el 23 de noviembre de 2018 era ilegible, siendo que recién el 29 de noviembre de 2018 era uno legible, por lo que, al día siguiente, 30 de noviembre de 2018, se autorizó proceder a la atención requerida bajo la cobertura contratada (crédito), informándose a la Clínica ............................

La cuestión es que el 19 de octubre de 2018 la asegurada se sometió a los exámenes médicos, reclamando reiteradamente el respectivo reembolso, el mismo que ha sido rechazado por ........................... SEGUROS.

6.3. A criterio de este órgano resolutivo unipersonal, la actuación de la asegurada, de someterse a los exámenes médicos, de laboratorio, fue por su cuenta y riesgo, por cuanto ya había sido informada por la aseguradora que sólo debía presentar el informe médico que refrendaba los mismos, para fines que se autorizasen para fines de su atención al crédito. Es más, cuando dicho informe fue finalmente presentado, la autorización de la aseguradora fue inmediata.

 La asegurada no ha invocado, ni probado, razón alguna por la cual debía someterse a dicha pruebas de manera inmediata, siendo que la invocación de un viaje por razones de estudio no sólo no está acreditada, sino que tampoco corresponde a una circunstancia de la cual no podía sustraerse.

 Siendo que ........................... SEGUROS solicitó el referido informe médico el 16 de octubre de 2018, que el mismo fue generado el 4 de noviembre de 2018, y que fue presentado de manera legible a la aseguradora el 29 de noviembre de 2018, corresponde destacar que la demora incurrida no resulta imputable a la aseguradora, por el contrario, es imputable a la propia asegurada, la que consciente de los términos y condiciones contractuales, tomó la decisión de someterse a los exámenes médicos de manera directa para luego solicitar un reembolso que era ciertamente contingente, conforme a la respectiva póliza.

6.4. En consecuencia, los hechos ocurridos, y las decisiones adoptadas en su oportunidad por la asegurada, quien ya conocía que debía presentar un informe médico que sustentara la orden de exámenes clínicos, implica que el reembolso reclamado no sea procedente porque no está vinculado a una falta de respuesta célere de la aseguradora, siendo que no se ha invocado o probado circunstancia alguna de urgencia, que hubiese justificado razonablemente un gasto directo ante el problema administrativo generado sobre los alcances ce la cobertura al crédito contratada.

 Conforme a lo anterior, este órgano resolutivo unipersonal no advierte causalidad alguna entre la negativa preliminar de atención al crédito, la que generó casi inmediatamente el pedido de ........................... SEGUROS que se le brinde un sustento médico para respaldar la orden de exámenes, sustento que bien pudo haberse obtenido rápidamente, actuando de manera diligente, y la decisión libre y consciente de la asegurada de someterse a los exámenes médicos, pagando directamente por los mismos para luego reclamar su reembolso, pese a que la póliza no considera esto último.

Atendiendo a lo expresado, este órgano resolutivo unipersonal concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que existen razones fundadas para desestimar la reclamación interpuesta, por lo que resuelve:

**Declarar INFUNDADA la reclamación interpuesta por doña ...........................**contra ........................... SEGUROS, quedando a salvo su derecho de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 13 de mayo de 2019

Marco Antonio Ortega Piana

Vocal