**RESOLUCION N° 063/19**

**VISTOS**

Que con fecha 28 de Enero de 2019, ................., interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ................. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS (antes El ................. Vida Compañía de Seguros y Reaseguros) otorgue cobertura al siniestro ocurrido por Discapacidad Permanente, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Individual Banco ................. N° ..................

Que, la señalada reclamación cumple con las exigencias de materia, cuantía y oportunidad establecidas en el reglamento de la DEFASEG, habiéndose presentado dentro del plazo que corresponde de acuerdo a dicho reglamento.

Que, habiéndose corrido traslado de la señalada reclamación, la aseguradora con fecha 11 de Febrero de 2019 ha presentado su contestación a la Reclamación adjuntando la Póliza y los documentos relativos al siniestro.

Que, con fecha 04 de Marzo de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, con la asistencia de ambas partes, las mismas que sustentaron su posición, absolviendo las preguntas realizadas por el colegiado. Que, al término de la audiencia, se otorgó a la aseguradora un plazo de dos (2) días para que presente el cargo de entrega de la póliza, lo que cumplió con fecha 05 de Marzo de 2019, quedando entonces el expediente a la fecha en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento.

Que la reclamante ................., solicita que la compañía de seguros proceda a la atención del siniestro ocurrido por Invalidez Permanente por enfermedad, de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro Individual de Desgravamen, por las siguientes resumidas razones: 1)Que, con fecha 11 de Octubre de 2016, el Banco ................. otorgó a la asegurada un préstamo por S/ 12,000.- soles; así mismo la asegurada contrató un seguro de Desgravamen bajo la póliza N° ................. – Desgravamen Individual Banco ................., el mismo que se encuentra vigente, puesto que mes a mes se ha venido pagando la prima. 2) Que, con fecha 20 de Noviembre de 2018, en vista que la asegurada se encuentra con DISCAPACIDAD PERMANENTE, solicitó al Banco ................. la cancelación del saldo deudor del referido préstamo con cargo al seguro de desgravamen contratado. 3) Que, mediante carta N° BEN-.................de fecha 29 de Noviembre de 2018, la aseguradora ................. Vida Seguros informó que no es posible otorgar la cobertura bajo el argumento de que a la fecha de configuración de la invalidez (esto es Mayo de 2016) no mantenía póliza de seguro vigente, por consiguiente no existía deuda pendiente de pago. 4) Que, cabe señalar que lo afirmado por la aseguradora no se ajusta a derecho, toda vez que conforme se advierte del Informe Médico de fecha 27 de mayo de 2016, la recurrente solo padecía una inestabilidad progresiva durante la marcha compatible con una ATEXIA CEREBOLOSA, lo que no constituye una discapacidad absoluta, razón por la cual es que la entidad bancaria otorga el préstamo y dispone el pago de la prima por el seguro contratado. 5) Que, conforme se advierte del Informe Médico N° .................-DEIDAEN/INCN de fecha 03 de octubre de 2017, recién en esa fecha diagnostican a la asegurada que padecía una ATROFIA MULTISISTEMICA TIPO CEREBOLOSA PROBABLE, siendo que con fecha 02 de Octubre de 2018 recién se diagnostica Incapacidad Permanente y total, tal como se advierte del Certificado Médico DS- N° .................-EF, es decir es en esa fecha en que la asegurada adquiere la Incapacidad Permanente y Total, situación que le impide trabajar, siendo este el motivo para solicitar la cobertura del Seguro de desgravamen; siendo así, queda totalmente claro que a la fecha en que adquirió la incapacidad si mantenía deuda pendiente de pago y también mantenía una póliza de seguro vigente; en consecuencia si corresponde otorgar la cobertura del seguro de desgravamen para el pago del saldo deudor del préstamo otorgado por el Banco ..................

Que, por su parte la aseguradora solicita se declare infundada la reclamación por las siguientes resumidas razones: 1) Que, con fecha 11 de Octubre de 2016, Banco ................. otorgó un préstamo a la reclamante por la suma de S/ 12,000.- soles. Que, así mismo suscribió la Solicitud de Seguro Individual de desgravamen N° 000................., correspondiente al Seguro de Desgravamen bajo la Póliza N° ................. – Desgravamen Individual Banco .................. 2) Que, mediante carta de fecha 21 de Noviembre de 2018, la reclamante solicita al Banco ................. la cancelación del saldo deudor del referido préstamo con cargo al Seguro de Desgravamen contratado, debido a Incapacidad Total y Permanente, 3) Que, por medio de la carta BEN-.................de fecha 29 de Noviembre de 2018, la aseguradora da respuesta a la solicitud de cancelación del saldo deudor del préstamo con cargo al seguro de desgravamen, indicándole que lamentablemente su caso no se encuentra cubierto bajo las condiciones de la póliza contratada, toda vez que a la fecha de configuración de la invalidez (mayo de 2016) no contaba con póliza vigente, es decir, no existía deuda pendiente de pago, por lo que no corresponde otorgar cobertura alguna. 4) Que, en el presente caso es menester considerar previamente lo siguiente

**Informe Médico N° .................-INCN/DEIDAENC-DIDAEENDG-2016 de fecha 27 de mayo de 016**

*“Del presente informe se desprende que, con fecha 19 de Mayo de 2016, la reclamante fue hospitalizada debido a una inestabilidad progresiva durante la marcha, siendo el diagnóstico: ATAXIA CEREBELOSA”*

**Informe Médico N° .................-DEIDAEN/INCN de fecha 03 de Octubre de 2017**

La reclamante presenta un informe médico posterior mediante el cual le diagnostican la enfermedad de ATROFIA MULTISISTEMICA CEREBELOSA, la misma que es causa de la ATAXIA CEREBELOSA que le fue diagnosticada en mayo de 2016.

**INFORME MEDICO**

**N° .................-DIDAEENDG-DEIDAENC/INCN**

*El médico que suscribe informa que:*

*La paciente ................., de 45 años es atendida por el suscrito desde el 19 de Mayo de 2016, fecha en que hospitalizó para estudio diagnóstico. En aquella oportunidad y luego de múltiples exámenes auxiliares se le brindó el diagnóstico de Ataxia Cerebelosa Esporádica del adulto****.***

*En la actualidad, lleva un tiempo de enfermedad de casi 2 años de curso levemente progresivo y en las consultas ambulatorias subsiguientes junto a un nuevo estudio de resonancia magnética cerebral, el diagnostico considerado en la actualidad es el de una ATROFIA MULTISISTEMICA TIPO CEREBELOSA PROBABLE*

*El tratamiento actual se basa en levodopa/carbidopa, fluoxitina, terapia física y prevención de caídas (uso de bastón, etc.)*

5) Que, de acuerdo a las condiciones de la póliza, se considera Suma Asegurada al saldo deudor del crédito a la fecha del siniestro, es decir, a la fecha de configuración de la invalidez total y permanente. 6) Que, en este sentido, como se ha observado del Certificado Médico de fecha 2 de Octubre de 2018, la fecha de inicio de la incapacidad es mayo 2016, esto es, antes del inicio de la vigencia de la póliza, razón por la cual no corresponde otorgar cobertura, toda vez que a la fecha de configuración de la invalidez no existía deuda pendiente de pago, pues la fecha de afiliación a la póliza fue el 10 de Octubre de 2016.

**CONSIDERANDO**

**PRIMERO:** Que conforme a su reglamento la DEFASEG 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, entendiéndose por “asegurados” o “usuarios de seguros” a los asegurados propiamente dichos, a los contratantes del respectivo seguro y/o a los beneficiarios nombrados en la póliza.

**SEGUNDO**: Que, así mismo, de acuerdo a su reglamento la DEFASEG solo 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.

**TERCERO**: Que el artículo 1 de la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguros 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 que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los limites 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 sean 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 se 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 la reclamación a lo manifestado por ambas partes en la audiencia de vista, y a los documentos que obran en el expediente, la materia controvertida sometida al conocimiento de este colegiado radica en determinar si el motivo del rechazo del siniestro, expresado por ................. Vida Seguros en su carta BEN-.................de fecha 29 de Noviembre de 2018, se encuentra sustentado de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Individual Banco ................. contratada y a la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguros.

**SETIMO:** Que, el rechazo expresado por la aseguradora en su carta mencionada en el Considerando Sexto, se sustenta en que la fecha de afiliación al seguro de desgravamen fue en Octubre de 2016 y que la fecha de configuración de la Invalidez fue en Mayo de 2016, por lo que a la fecha de configuración de la Invalidez, no existía deuda pendiente de pago, que debiera cubrir la póliza contratada, ya que no había póliza vigente.

**OCTAVO**: Que, en respuesta a lo mencionado por la aseguradora en el Considerando Sétimo, la asegurada manifestó su disconformidad con el rechazo de la cobertura, en razón de que como indica en su carta de reclamo dirigida al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas de fecha 04 de Marzo de 2019, la configuración de su invalidez fue con fecha 02 de octubre de 2018 y no con fecha Mayo de 2016, la que se consignó por error.

**NOVENO:** Que, en relación a lo manifestado por la aseguradora y la reclamante en los Considerandos Sétimo y Octavo y del análisis de los documentos que obran en el expediente, este colegiado aprecia lo siguiente:

1. Que, obra en el expediente un documento del Ministerio de Salud – Epicrisis – donde se indica como fecha de ingreso de la paciente, el 19 de mayo de 2016 y fecha de alta, el 25 de Mayo de 2016, donde se indica como tiempo de la enfermedad 4 meses, inicio: Insidioso y, Curso: Progresivo. Que, también se indica como condición de Alta: Estable y sugiere controles por consulta externa. Que, en dicho documento no se menciona ningún grado de incapacidad permanente-
2. Que, el **Informe Médico N° .................-INCN/DEIDAENC-DIDAEENDG-2016 de fecha 27 de mayo de 016,** indica lo siguiente

*“La paciente ................., (…) ha sido atendida por el suscrito en consultorio externo de este Instituto el 19.05.16, debido a una inestabilidad progresiva durante la marcha compatible con una ATAXIA CEREBELOSA siendo hospitalizada del 19 al 25 de mayo del 201 en (…) para inicio de estudios en búsqueda de la etiología. Se controlará ambulatoriamente en próximas semanas”.* Como se puede apreciar, en este informe no se precisa ni se menciona algún grado de invalidez permanente; por el contrario, se hace referencia a una progresión inestable de la enfermedad y al inicio de estudios vinculados.

1. Que, en el **Informe Médico N° .................-DEIDAEN/INCN de fecha 03 de Octubre de 2017** le diagnostican la enfermedad de ATROFIA MULTISISTEMICA CEREBELOSA. Como se puede apreciar, en este informe médico se indica que al inicio en mayo de 2016 se le brindó el diagnóstico de ATAXIA CEREBELOSA pero no indica que la invalidez permanente se configuró a octubre de 2017, ni a mayor de 2016 fecha.

En efecto, una enfermedad puede ser diagnosticada en una fecha determinada, pero la misma -a dicha fecha- no necesariamente genera una disminución en las capacidades de la persona que determinan que se configure una invalidez permanente desde el momento del diagnóstico de la enfermedad; recién cuando se determina que el menoscabo es de tal naturaleza que afecta la capacidad del asegurado en un grado que puede ser parcial o total y permanente o temporal, se está ante una invalidez de determinado grado y naturaleza. En este caso, el informe médico de fecha 03 de octubre de 2017 indica:

 *“La paciente ................., de 45 años* ***es atendida por el suscrito desde el 19 de Mayo de 2016, fecha en que hospitalizó para estudio diagnóstico.*** *En aquella oportunidad y luego de múltiples exámenes auxiliares se le brindó el diagnóstico de Ataxia Cerebelosa Esporádica del adulto.*

***En la actualidad, lleva un tiempo de enfermedad de casi 2 años de curso levemente progresivo*** *y en las consultas ambulatorias subsiguientes junto a un nuevo estudio de resonancia magnética cerebral, el diagnostico considerado en la actualidad es el de una ATROFIA MULTISISTEMICA TIPO CEREBELOSA PROBABLE*

*El tratamiento actual se basa en levodopa/carbidopa, fluoxitina, terapia física y prevención de caídas (uso de bastón, etc.)”* El resaltado es nuestro.

Como se puede apreciar, en este informe tampoco se indica ningún grado de Invalidez Permanente; por el contrario, se tiene que a octubre de 2017 el curso de la enfermedad es “levemente progresivo” y se encuentra en tratamiento.

1. Que, de acuerdo al Certificado Médico – DS N° .................-EF de fecha 02 de Octubre de 2018, se determinó la Incapacidad Total y Permanente de la reclamante, y se indicó en el acápite fecha de inicio de la Incapacidad, **Mayo de 2016**, con un asterisco (\*), que en observaciones aclara: *“\*Fecha de inicio = fecha de ingreso a la institución”.*

Que, como se puede apreciar de la lectura de los incisos precedentes, se desprende que en el mes de Mayo de 2016, se le diagnostica a la asegurada la enfermedad mencionada, pero en esa fecha no se configura la Invalidez Permanente, ya que en ninguno de los informes se menciona la indicada Incapacidad como permanente sino como progresiva, siendo que recién en el Certificado Médico indicado en el ítem (iv) anterior, emitido en octubre de 2018, se menciona que el inicio de la incapacidad fue en Mayo de 2016; inicio que, sin embargo no debe entenderse como la fecha de configuración de la invalidez permanente total sino como el momento a partir del cual el paciente ingresa a la institución y empieza a generarse la incapacidad progresiva que en octubre de 2018 es calificada como permanente.

Que, por todo lo analizado, este colegiado considera que la fecha de inicio de la Incapacidad indicada en el Certificado Médico indicado en el ítem (iv) y que la aseguradora considera como fecha de configuración de la invalidez “permanente total”, no genera convicción, considerándose que la misma está errada, porque en ningún documento se aprecia que cuando se diagnostica la enfermedad (mayo de 2016), en la misma fecha se produce la Incapacidad Permanente Total, sobre todo teniendo en cuenta la aclaración en asterisco que se formula en el propio certificado. Por lo que debe entenderse esta fecha en los términos indicados en la parte final del párrafo anterior. Que, así mismo, recién con fecha 31 de Marzo de 2017, la UGEL 4 comunica a la asegurada la no renovación de su contrato de trabajo, lo que indicaría que antes de esa fecha la asegurada habría estado trabajando lo que resulta consistente con haber tenido a dicha fecha una invalidez permanente total.

En este orden de ideas, es recién con el Dictamen emitido el 02/10/2018 que se reconoce que la enfermedad progresiva generó en el paciente asegurado una incapacidad o impedimento tal que se genera una invalidez permanente total. Por lo que, ante la falta de precisión de la fecha de configuración de la invalidez “permanente total” (que el certificado emitido denomina incapacidad, pero que de acuerdo a la póliza debe ser entendida como invalidez); este colegiado considera que debe considerarse como tal la fecha de emisión del certificado. Ello teniendo en cuenta las normas del Sistema Privado de Pensiones a las cuales se remite la póliza, y en particular la Resolución N° ................., que aprueba el Sub Título III del Título VII del Compendio de Normas de Superintendencia Reglamentarias del SPP, referido a las Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez, que señala en su parte introductoria acápite III.1 A y B

*“A. Evaluación del impedimento*

*El impedimento es un concepto puro y exclusivamente médico, que se refiere a una enfermedad, a un debilitamiento físico o intelectual, a una anormalidad anatómica, o a una pérdida funcional o intelectual que afecte a un trabajador afiliado en el desempeño de su vida diaria y que de acuerdo a un criterio médico, tiene naturaleza prolongada, temporal o permanente, accediendo a los medios curativos o rehabilitadores que se disponga al momento de realizar la evaluación.*

 *(…)*

*B. Capacidad del menoscabo en la capacidad productiva*

*Invalidez, es un concepto más amplio que el impedimento y se refiere a una definición médico- administrativa y legal respecto de cuándo un “impedimento” produce una pérdida en la capacidad productiva del afiliado, que le impide realizar un trabajo compatible con sus capacidades. (…)”*

En consecuencia, se considera que la Invalidez Permanente Total se determinó y configuró en octubre de 2018, cuando la póliza se encontraba vigente y por lo tanto había saldo deudor que debía ser cubierto por la misma.

Que, en atención a todo lo expresado, se considera que el rechazo no posee legitimidad.

Que, en consecuencia, esta Defensoría del Asegurado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que

**RESUELVE**

Declarar **FUNDADA** la reclamación interpuesta por .................contra ................. VIDA SEGUROS, debiendo la aseguradora proceder a reconocer el siniestro reclamado.

Lima, 13 de mayo de 2019.

Rolando Eyzaguirre Maccan Marco Antonio Ortega Piana

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal