RESOLUCIÓN N° 076/19

**Vistos:**

Que, el 05 de abril de 2019 doña .................., interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), la cual amplía mediante comunicación de fecha 23 de abril de 2019, solicitando que .................. COMPAÑÍA DE SEGUROS (..................) le otorgue la cobertura de invalidez total y permanente conforme a la Póliza de Desgravamen Plus N° 52, contratada a través de ...................

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, habiéndose corrido traslado de la respectiva reclamación, la aseguradora solicitó un plazo adicional para presentar sus descargos, los cuales finalmente presenta el 16 de mayo de 2019, adjuntando la documentación respectiva;

Que, conforme al Reglamento de la DEFASEG, atendiendo a la cuantía de la reclamación interpuesta, la misma que no supera el importe de US$ 3,000 (o su equivalente en moneda nacional), aquélla pueda ser resuelta por un órgano resolutivo unipersonal, en el presente caso, a cargo del vocal que suscribe;

Que, el 3 de junio de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista con la asistencia de la aseguradora y la participación telefónica de la reclamante, las que sustentaron sus respectivas posiciones, absolviendo las preguntas formuladas conforme consta de la correspondiente acta.

Que, la asegurada solicita que la DEFASEG se sirva atender su reclamo sobre la base de los antecedentes y fundamentos que se enuncian resumidamente a continuación: a) Su enfermedad se inició en febrero de 2014, habiendo pagado la cuota de su crédito en .................. hasta abril de 2014; b) en el 2015 empieza a recibir una pensión temporal que era evaluada cada año, prueba de ello es que el primer menoscabo dictaminado por COMAFP (2016) fue del 55% y el segundo año (2017) fue de 67% y ya el tercer año le otorgan incapacidad Total y Permanente; c) la aseguradora Pacífico ya le otorgó el seguro para las entidades BCP y ..................; sin embargo .................. no quiere reconocer el seguro, cuando debe cancelarle S/3,500, S/.2007.82 para cancelar el saldo insoluto del crédito y la diferencia a su favor, en tanto eligió el plan que aseguraba un monto fijo, y el remanente, de existir un diferencial sobre el saldo deudor, corresponde al asegurado afectado; d) las respuestas de .................. han sido inconsistentes pues primero le indicaron que el rechazo era porque la póliza no estaba activa a su nombre; luego le indicaron que no habían documentos porque .................. migró la póliza a Pacífico; pero luego en .................. desmintieron dicha información entregándole copia de la Póliza Nº 52; e) .................. señala que la póliza tiene fin de vigencia 2014 cuando en la póliza figura expresamente que la vigencia es indefinida desde el 21/05/2010, siendo que continúa vigente mientras el crédito no haya sido cancelado o castigado o no se haya cumplido la edad de permanencia como lo reafirma el artículo 8° de la Póliza.

Que, por su parte, la aseguradora, solicita que la reclamación sea declarada infundada, basada en los argumentos que se resumen a continuación: a) Con fecha 18 de febrero de 2013 la reclamante contrató con .................. un seguro de vida – desgravamen por el crédito ascendente a S/.3,500 con la finalidad que en caso falleciese o quede inválida total y permanentemente, se le pagaría la deuda que mantiene con ..................respecto al crédito indicado, eligiendo para ello la modalidad de suma asegurada fija; b) luego de solicitar la cobertura del seguro de desgravamen por invalidez total y permanente; rechazaron la cobertura por cuanto no registraba una póliza vigente a la fecha del siniestro; c) conforme se indica en el artículo 8° de las condiciones generales de la póliza, esta termina, entre otros supuestos, “a la cancelación o término del plazo de crédito”; d) en este caso el crédito fue desembolsado el 28 de febrero de 2013 y se estableció el pago en 24 meses que empezarían a pagarse el 01/04/2013 y culminarían el 02/03/2015, oportunidad en la que también venció el seguro de desgravamen, conforme al cronograma que la propia reclamante adjunta; e) la denunciante presentó su solicitud de cobertura por invalidez total y permanente adjuntando un certificado de invalidez total y permanente que data de fecha 18 de diciembre de 2017, con lo cual a la fecha de ocurrencia del siniestro la póliza de seguro de desgravamen ya no se encontraba vigente; f) la propia reclamante cita el artículo 8º del condicionado de la póliza pero omite indicar que este señala que la póliza termina a la cancelación o término del plazo del crédito; g) no habiéndose probado que la invalidez total y permanente se configuró durante la vigencia de la póliza, el rechazo ha sido realizado conforme a derecho.

Adicionalmente ambas partes presentaron escritos adicionales: (i) la compañía de seguros presentó con fecha 03 de junio de 2019, la Hoja de Resumen Informativa completa donde consta que recibió el certificado y resumen informativo del seguro de desgravamen y se indica expresamente el término de vigencia de la póliza; y (ii) la reclamante presentó el 03 de junio de 2019 un correo electrónico precisando que el artículo 3 de la cláusula de invalidez total y permanente es distinto al que figura en las condiciones generales, explicando su posición al respecto en la audiencia de vista.

**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 al** artículo 196 del Código Procesal Civil, corresponde a quien invoca hechos probar su existencia, así como a quien los contradice invocando nuevos hechos, salvo que aquel que esté sujeto a dicha carga procesal se acoja a alguna presunción legal de carácter relativo o absoluto.

**Sexto:** Sobre la base de 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 la fecha de configuración del siniestro cubierto; y, si la póliza se encontraba vigente a la fecha de configuración del mismo.

**Setimo:** La cobertura reclamada y contratada en la póliza de seguro es la de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Enfermedad.

Asimismo, la póliza establece que la calificación de invalidez total y permanente por enfermedad se realizará tomando en cuenta las normas para la evaluación y calificación del Sistema Privado de Pensiones.

De acuerdo a los documentos presentados por la reclamante, los trastornos lumbares que se iniciaron en el año 2014 / 2017, fueron agravándose y determinaron que el COMAFP otorgue a la reclamante tres dictámenes de invalidez, a saber:

* Primer dictamen de evaluación y calificación de invalidez de fecha 25/01/2016 que le otorgó una **Invalidez Parcial Temporal** con un porcentaje de menoscabo del 55%, establecido como fecha de inicio: 10/09/2015, fecha de expiración 09/09/2016 y fecha de ocurrencia 10/09/2015, debiendo realizarse una próxima evaluación
* Segundo dictamen de evaluación y calificación de invalidez de fecha 03/10/2016 que le otorgó una **Invalidez Total Temporal** con un porcentaje de menoscabo del 67%, establecido como fecha de inicio: 10/09/2016 y fecha de expiración 09/09/2017 debiendo realizarse una próxima evaluación.
* Tercer dictamen de evaluación y calificación de invalidez de fecha 18/12/2017 que le otorgó una **Invalidez Total Permanente** con un porcentaje de menoscabo del 67%, establecido como fecha de inicio: **10/09/2017**.

En este orden de ideas, la invalidez total y permanente del asegurado recién se configuró el 10/09/2017, fecha establecida en el tercer dictamen como fecha de inicio de la invalidez total y permanente dictaminada el 18/12/2017; por lo que corresponde determinar si al 10/09/2017 la póliza se encontraba o no vigente para que el asegurado pudiera acceder al beneficio correspondiente.

**Octavo:** En el presente caso estamos ante una póliza grupal contratada entre .................. y Protecta a la cual se pueden adherir los clientes del Banco que acceden a un crédito con dicha entidad.

Conforme a la póliza que obra en el expediente, la póliza grupal inició su vigencia el 21 de mayo de 2010 con una vigencia indefinida (la cual podía ser resuelta (dejada sin efecto) por el Banco o la compañía de seguros en las condiciones previstas en el artículo 9° del Condicionado General de la Póliza). Ello no quiere decir que la reclamante estuviera asegurada a esta póliza desde el 21 de mayo de 2010, sino que los distintos clientes del banco se podían incorporar a la misma a partir de dicha fecha en la medida que fueran titulares de un crédito y siempre que la entidad financiera hubiera efectuado el desembolso del crédito asegurado, conforme se indica en el artículo 4° del mismo condicionado. En este caso, la reclamante accedió al seguro el 18 de febrero de 2013 y esa fue la fecha a partir de la cual su cobertura entró en vigencia.

A su vez, el artículo 8° del condicionado señala expresamente lo siguiente:

*“ARTICULO 8: TERMINACION*

*El contrato de seguro terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:*

1. *A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente contrato.*
2. *Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.*
3. *A la cancelación o* ***término del plazo del crédito****.”* (el subrayado y resaltado es nuestro).

La reclamante se remite a su vez al artículo 3 de la cláusula adicional de invalidez total y permanente que señala lo siguiente:

*“ARTICULO 3: TERMINACION*

*La cobertura de la presente cláusula* ***también*** *terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:*

1. *Por terminación anticipada del seguro principal de la Póliza o de la presente Cláusula.*
2. *A la ocurrencia del siniestro o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en la Póliza (…)”.* (el subrayado y resaltado es nuestro).

De acuerdo al cronograma del crédito que la reclamante adjunta, esta accedió a un préstamo por S/ 3,500 a un plazo de 24 meses, que debía cancelarse desde el 01/04/2013 hasta el 02/03/2015; y reconoce que no pudo continuar pagando por lo que mantiene una deuda con la entidad financiera, precisando que la última cuota cancelada fue en el mes de abril de 2014.

El hecho que la reclamante mantenga a la fecha un crédito con la entidad financiera no extiende la vigencia del contrato de seguro hasta la fecha actual, por cuanto la misma póliza establecía que el seguro concluía su vigencia a la cancelación del crédito “o” al término del plazo del crédito, y esta terminación del plazo del crédito se produjo el 02/03/2015.

Por lo tanto, al 10/09/2017 fecha de configuración de la invalidez total y permanente, y por ende fecha del siniestro, la póliza de seguro ya no se encontraba vigente.

Ahora bien, la reclamante sostiene que debe primar la fecha de terminación prevista en la cláusula de invalidez total y permanente y en ella no se menciona al “término del plazo del crédito”. No obstante, la aseguradora señala que en dicha cláusula sí se indica que la vigencia concluye a la terminación anticipada del seguro principal, y si bien señala la palabra “anticipada”, la misma se explica respecto del seguro grupal, por cuanto es una terminación anticipada en tanto el contrato grupal puede continuar vigente.

Este órgano resolutivo unipersonal ha revisado la Hoja de Resumen Informativo suscrito por la cliente, y en dicho documento efectivamente se indica que el cliente declara haber recibido entre otros documentos el certificado resumen informativo del seguro de desgravamen. Asimismo en el certificado que se presenta sí figura que la vigencia termina al término del plazo de crédito si este ocurre primero, lo que es consistente con lo señalado en la póliza. Del mismo modo se aprecia que la cláusula adicional de invalidez total y permanente refiere causales adicionales a las que establece el artículo 8 del condicionado general por cuanto indica que la cobertura “también terminará” en las circunstancias que se indica, lo cual no excluye las circunstancias previstas en la cobertura principal.

Es importante señalar que de acuerdo a la definición de “prima” establecido en el artículo 1° de las condiciones generales de la póliza, esta se debe pagar a efectos de mantener vigente el seguro, con lo cual la vigencia de la cobertura de la reclamante no terminó el 02/03/2015 (fecha en la que terminaba el plazo del crédito), sino en fecha anterior, en tanto al dejarse de pagar el crédito asegurado, se dejó también de pagar la prima correspondiente, siendo que de acuerdo al último párrafo del artículo 21° de la Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro *“Si el asegurador no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.”*

De otro lado, el que otra aseguradora haya pagado un seguro de desgravamen no determina que todas deban pagar, por cuanto cada póliza es distinta y contempla plazos de vigencia distintos y las decisiones de una aseguradora solo vinculan a quien la haya adoptado.

Finalmente, la asegurada mencionó en la audiencia de vista que se ha sentido engañada pues adquirió otro producto de seguro en tanto entendió que se le iba a pagar la cobertura de invalidez total y permanente. Al respecto, no corresponde a esta Defensoría pronunciarse sobre aspectos vinculados a idoneidad de servicios o atención e información brindada a los asegurados respecto de otros productos. Esta Defensoría solo es competente para pronunciarse sobre los rechazos o liquidación de siniestros, conforme ha sido indicado en el segundo considerando de esta resolución.

**Atendiendo a lo expresado, este órgano resolutivo unipersonal concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en el Reglamento de la DEFASEG, por lo que resuelve:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por doña .................. contra .................., quedando a salvo el derecho de la reclamante para recurrir ante las instancias que considere pertinentes.

Lima, 05 de junio de 2019

María Eugenia Valdez Fernández Baca

Vocal