**RESOLUCIÓN N° 087/19**

**Vistos:**

Que, con fecha 16 de mayo de 2019, don ...........................interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ........................... SEGUROS proceda a otorgar cobertura al diagnóstico de cáncer que se ha realizado el 22 de marzo de 2019, conforme al contrato de seguro celebrado, Microseguro de Vida Emprendedor – 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 17 de mayo de 2019, la aseguradora se apersonó el 28 de mayo de 2019 y solicitó una prórroga se siete (7) días para presentar sus descargos y la documentación correspondiente, cumpliendo finalmente con ello el 25 de junio de 2019;

Que, el 1 de julio 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 fueron formuladas, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta principalmente en lo siguiente: a) La aseguradora le ha negado la cobertura contratada “diagnóstico de cáncer”, por la suma de S/. 4,250, y b) El diagnóstico que le ha sido realizado es de un cáncer agresivo: Melanoma maligno nodular – Profundidad de invasión BRESLOW 8 MM 2, aunque otras aseguradoras sí lo han reconocido y están pagando. En consecuencia, solicita que se ordene brindar la cobertura acordada. Se acompaña copia de la comunicación de rechazo, en el cual se incluye el Diagnóstico Histológico del 22 de marzo de 2019 (Biopsia OD-9041 del médico ...........................);

Que, conforme a sus descargos, ........................... SEGUROS ratifica el rechazo de cobertura y destaca resumidamente lo siguiente: a) En marzo del presente año, el señor ........................... celebró un contrato de seguro conforme a la Póliza de Seguro Emprendedor Compartamos Financiera, siendo que entre sus diversas coberturas está comprendida la de Diagnóstico de Cáncer, la que se hará efectiva conforme a los términos y condiciones pactados, b) El 22 de marzo pasado el señor ........................... fue diagnosticado con tumor de cuero cabelludo, por lo que solicitó la activación de la cobertura, lo cual fue rechazado mediante carta SV.2019/...........................del 17 de abril de 2019, porque el evento correspondía a una exclusión, y c) En efecto, conforme a la Biopsia OD-9041 expedida por el médico ..........................., se verifica que el asegurado presenta el diagnóstico histológico de tumor de cuero cabelludo, lo cual es una especie de cáncer, conforme puede comprobarse en la página web [www.cancer.org](http://www.cancer.org), de manera que el diagnóstico corresponde a una exclusión contemplada en la respectiva póliza, por lo que el rechazo está justificado, debiéndose desestimar la reclamación;

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, siendo que ha transcurrido un tiempo más que prudencial desde la audiencia de vista para que la aseguradora acredite que el asegurado fue efectivamente informado de la exclusión invocada;

**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 rechazo de cobertura materia de impugnación por el asegurado. En razón de ello, conforme a las reiteradas y uniformes resoluciones expedidas por la DEFASEG sobre la materia, el análisis de este órgano resolutivo unipersonal radicará en verificar tres aspectos: (i) ¿La póliza contiene la exclusión invocada?, (ii) ¿Se ha configurado fácticamente la respectiva exclusión?, y (iii) ¿Puede ser finalmente opuesta dicha exclusión al asegurado?

6.1. Este órgano resolutivo unipersonal ha tenido a la vista los términos y condiciones del contrato de seguro celebrado entre las partes, el mismo que está conformado entre otros documentos, por la póliza y los respectivos condicionados, conforme a la propia definición contractual. Entre las Condiciones Particulares del Microseguro Vida Emprendedor consta las siguientes exclusiones aplicables a la cobertura adicional de indemnización por diagnóstico de cáncer: “Cáncer a la piel” y Cáncer In Situ”.

En consecuencia, la exclusión invocada para fines del rechazo cosnta entre las condiciones del correspondiente contrato de seguro.

6.2. No es controvertido entre las partes, y está adicionalmente acreditado en el expediente, que el asegurado fue diagnosticado el 22 de marzo de 2019 de cáncer a la piel, una tumoración en el cuello cabelludo conforme a la respectiva biopsia.

En consecuencia, el supuesto de hecho de la exclusión invocada por la aseguradora se ha materializado.

6.3. La póliza bajo análisis es comercializada a través de ............................, siendo que como consecuencia de su afiliación el asegurado recibió un certificado, signado con el Nro. ..........................., documento en el cual de manera destacada consta la indicación de cobertura (entre ellas, Indemnización por Diagnostico de Cáncer) y la suma asegurada (S/. 4,250), pero no consta indicación alguna sobre el régimen de exclusiones aplicable, de ser el caso. Sin embargo, en la parte final de dicho documento se indica lo siguiente *“… el Asegurado declara conocer que los documentos que conforman las Pólizas de Seguros incluidas en este documento, se encuentran a su disposición en la web* [*http://www.compartamos.com.pePYMEIndividual*](http://www.compartamos.com.pePYMEIndividual) *y declara aceptar que es su responsabilidad el acceder a dicha web y descargas dichos documentos.*

*Adicionalmente, ........................... SEGUROS podrá, a su sola decisión, remitir los documentos antes indicados al correo electrónico indicado por el Asegurado Titular en el presente documento”.*

Conforme a ello, se aprecia que el certificado en cuestión no menciona ni hace referencia alguna al régimen de exclusiones, siendo que más bien establece el derecho potestativo de la aseguradora de remitir la documentación contractual al asegurado, si así lo estima, a su solo juicio o discreción, y consta una declaración del asegurado que declara conocer los documentos que conforman la póliza (pese a que no le son entregados), reconociendo que los mismos están a su disposición en determinado sitio web.

Esta Defensoría estima que dichas declaraciones no evidencian el cumplimiento de la carga legal de la aseguradora de informar oportuna, adecuada y suficientemente del régimen de exclusiones, entre otros aspectos relevantes de una póliza de seguro, más aún cuando se trata de un producto masivo, siendo que no se condice con dicha carga pretender instituir que compete al asegurado obtener por su cuenta y riesgo la respectiva información.

En consecuencia, siendo que el certificado de seguro entregado no contiene ninguna mención o referencia a la exclusión que ........................... SEGUROS pretende actualmente invocar al asegurado para justificar el rechazo de cobertura, debe asumirse, por una elemental cuestión de tutela a la parte débil de la relación contractual, que la señalada exclusión no es oponible, dado que la aseguradora no ha demostrado que cumplió fehacientemente con su carga legal de informar sobre ella de manera oportuna, adecuada y suficiente, tal como fue destacado con ocasión de la audiencia de vista.

........................... SEGUROS no ha demostrado que informo documentalmente sobre el régimen de exclusiones, o que el mismo era de conocimiento cierto del asegurado con ocasión del diagnóstico de cáncer a la piel.

Atendiendo a lo expresado, este órgano resolutivo unipersonal concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que el rechazo de cobertura es ilegítimo, por lo que existen razones fundadas para estimar la procedencia de la reclamación interpuesta.

**SE RESUELVE:**

Declarar **FUNDADA** la reclamación interpuesta por ...................................................... ..........................., por lo que ........................... SEGUROS debe proceder a otorgar cobertura al diagnóstico de cáncer que se ha realizado el 22 de marzo de 2019, conforme al monto establecido para dicha cobertura en el correspondiente contrato de seguro.

Lima, 15 de julio de 2019

Marco Antonio Ortega Piana

Vocal