RESOLUCIÓN N° 091/19

**Vistos:**

Que, don **.......................** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que **....................... SEGUROS Y REASEGUROS** otorgue cobertura del **SEGURO PROTECCIÓN FAMILIAR - PÓLIZA No .......................**, como consecuencia del fallecimiento de su hermano **.......................**.

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, ....................... presentó tardíamente sus respectivos descargos y parte de la documentación solicitada;

Que, el 24 de junio de 2019 se convocó a audiencia de vista, a la que asistieron las partes, expusieron sus posiciones y respondieron a las preguntas del colegiado;

Que, la reclamación se sustenta resumidamente en lo siguiente: (1) cuando tomó el seguro aseguró a su hermano, y le manifestó a la asesora de la aseguradora que su hermano tenía diabetes, habiendo manifestado la asesora que no existía ningún problema; (2) luego de dar los datos de su hermano, firmó y estampó su huella digital en la parte posterior e inferior de la solicitud, siendo llenada a título personal por la propia asesora de .......................; (3) la asesora de la aseguradora señorita ......................., en ningún momento le brindó información real de las condiciones de la Póliza de Seguros, sólo se limitó a manifestarle que a partir del mes de marzo de 2018 su hermano ya podía hacer uso de cualquier clínica; (4) nunca tuvo acceso a las condiciones de la Póliza de Seguro, ni se le entregó cargo de la solicitud de seguro; (5) reclama que su hermano falleció en septiembre de 2018, pero la aseguradora siguió descontándoles por el seguro de vida de su hermano hasta el mes de enero de 2019 a razón de S/67.79.

Que, por su parte, ....................... solicita que la reclamación sea declarada infundada, por las razones que se enuncian resumidamente a continuación: (1) el siniestro carece de cobertura por cuanto el fallecimiento es consecuencia de enfermedades preexistentes; (2) de la revisión de la historia clínica de la RED ASISTENCIAL ALMENARA se desprende que el asegurado presentaba los siguientes diagnósticos: Diabetes Mellitus II: 10 años y pie diabético (11-09-2018); Diabetes Mellitus II: 10 años (06-08-2018) y Diabetes Mellitus II: 8 años y pie diabético (13-04-2018); (3) dichos antecedentes resultan preexistentes a la contratación del Seguro de fecha de inicio de vigencia del 01 de marzo de 2018, teniendo tales antecedentes relación con la causa del fallecimiento: infarto agudo al miocardio/hipertensión arterial/diabetes mellitus; (4) esos antecedentes no fueron puestos en conocimiento de ......................., al llenarse la declaración personal de salud, por lo que resulta de aplicación el artículo 24° de exclusiones, en virtud del cual el seguro no cubre a los asegurados cuya historia clínica indique diagnóstico de enfermedad preexistente de cualquier tipo no declaradas al momento de afiliarse al seguro.

**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 establece 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:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación y en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida en la presente controversia versa puntualmente si los términos de cobertura invocados en el rechazo por la aseguradora le pueden ser opuestos o no al reclamante, es decir, si la aseguradora puede oponer la exclusión invocada, esto es, “*Este seguro no cubre: a) A los ASEGURADOS cuya historia clínica indique diagnóstico de ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE de cualquier tipo NO DECLARADAS al momento de afiliarse a PROTECCIÓN FAMILIAR.”*; y en caso de serlo, si el supuesto que activa la exclusión de cobertura está probado en autos.

Por tanto, corresponde que el Colegiado determine si la aseguradora cumplió o no con informar oportunamente al asegurado sobre los alcances del seguro contratado, ya sea con la entrega del respectivo Certificado de Seguro que contengan el resumen de las principales condiciones de la póliza, o con la entrega de ésta.

Con relación a este extremo, conforme se ha señalado en diversos pronunciamientos de esta Defensoría, el hecho que el asegurado no contratante haya tenido la potestad de solicitar copia de la póliza no reemplaza la obligación de la aseguradora de entregar el certificado con el resumen de las principales condiciones y estipulaciones del seguro contratado, esto es de informar debidamente las condiciones que se contratan.

**SÉPTIMO:** De acuerdo a **lo ha establecido esta Defensoría en reiterados precedentes,** la existencia de una póliza colectiva o grupal, como ocurre en el presente caso, deriva en la aplicación de un determinado régimen normativo, de manera puntual para la oponibilidad de su contenido (en especial, de los términos de los alcances de cobertura, tales como las exclusiones de cobertura) a los asegurados no contratantes (como es el caso del reclamante), ya que la aseguradora debe demostrar que dicho contenido fue oportuna y suficientemente informado a los asegurados, salvo que acredite en un caso concreto que el interesado conocía del respectivo contenido por otros medios.

La Solicitud de Seguro por Descuento por Planilla N° 00236721 suscrita por el reclamante con fecha 08 de enero de 2018, contiene una autorización de envío de la Póliza Electrónica por correo electrónico. Tal como consta en el referido documento, *“la entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico”*.

En el presente caso, la aseguradora no ha cumplido con acreditar la entrega de la póliza por cuanto no ha presentado la “bitácora electrónica” antes descrita, tampoco ha adjuntado copia del cargo de notificación al asegurado del Certificado de Seguro, que acredite que este conocía las condiciones que debía cumplir para acceder a la cobertura del Seguro de Protección Familiar.

**OCTAVO**: Que, luego de probado el incumplimiento de la aseguradora, corresponde determinar las consecuencias o efectos de tal omisión.

A este efecto, existe puntual previsión legal, contenida en el artículo 137 de la Ley del Contrato de Seguro, el cual establece que *“no son oponibles al asegurado los contenidos contractuales que no le hayan sido informados en el certificado mencionado en el artículo anterior, cuyo contenido mínimo se sujeta a las disposiciones de la Superintendencia”*.

Sobre el particular, este colegiado reitera su posición uniforme destacada en diversas resoluciones ya expedidas en el sentido que, las empresas aseguradoras están obligadas a entregar a los asegurados no contratantes la póliza o certificado de seguro conjuntamente con un resumen en el que conste de manera clara y breve, principalmente, las condiciones o requisitos de cobertura, los riesgos cubiertos y las exclusiones, entre otros aspectos relevantes, con el objeto que los asegurados no contratantes conozcan las características del seguro que adquieren, lo cual tiene por objetivo quebrar la asimetría informativa que existe ciertamente sobre el particular.

Por consiguiente, este Colegiado destaca que habiéndose opuesto a la reclamante una exclusión, como es el caso de no cobertura de siniestros relacionados con o a consecuencia de preexistencias a la fecha de celebración del contrato de seguro, resulta manifiesto que la aseguradora tiene la carga procesal esencial de demostrar el cumplimiento de los requisitos para oponer válidamente el respectivo pacto, esto es, que haya informado de los alcances del seguro al asegurado, como es la exclusión invocada. En consecuencia, al no cumplir con esa carga probatoria, la aseguradora no está legitimada para oponer la exclusión de cobertura que invoca.

En efecto, **el Colegiado observa que la aseguradora no ha demostrado que ha cumplido con entregar al asegurado el Certificado de Seguro de Desgravamen o la respectiva Póliza, es decir, no ha probado que haya cumplido** con informarle oportunamente sobre los alcances del seguro contratado**.**

**NOVENO**: Que, sin perjuicio de lo anterior, se advierte que tampoco ....................... ha probado la materialización de la exclusión que invoca, por cuanto no ha presentado la declaración de salud del asegurado **.......................** que demuestre que éste no declaró al momento de afiliarse a PROTECCIÓN FAMILIAR los diagnósticos de enfermedades preexistentes que ha identificado la aseguradora en la historia clínica de dicho asegurado.

En ese sentido, por todo lo expuesto, existe la convicción racional que en la presente reclamación no hay evidencia que fundamente la oponibilidad de la exclusión invocada ni que se haya probado su materialización.

Atendiendo a lo expresado precedentemente, este Colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que

**RESUELVE:**

Declarar **FUNDADA** la reclamación interpuesta por don **.......................** contra **....................... SEGUROS Y REASEGUROS**, con relación al **SEGURO PROTECCIÓN FAMILIAR - PÓLIZA No .......................**, por lo que corresponde ordenar a la aseguradora que cumpla con otorgar la cobertura correspondiente al siniestro de vida reclamado respecto del asegurado **.......................**.

Lima, 22 de julio de 2019

Rolando Eyzaguirre Maccan Marco Antonio Ortega Piana

Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal