RESOLUCIÓN N° 100/19

**Vistos:**

Que, con fecha 17 de mayo de 2019 doña ............................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que .............................SEGUROS otorgue cobertura por invalidez total y permanente conforme a la póliza de seguro de desgravamen N° ............................. contratada a través de Financiera ..............................

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 el 22 de mayo de 2019 de la respectiva reclamación, con fecha 31 de mayo la aseguradora solicitó un plazo adicional para presentar sus descargos, los cuales finalmente presenta el 26 de junio de 2019 sin justificar la demora incurrida.

Que, el 08 de julio de 2019 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia de la aseguradora, y la participación telefónica de la reclamante, quienes sustentaron sus respectivas posiciones, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta, otorgándose a la reclamante un plazo adicional para presentar el dictamen del MINSA en trámite, a través del cual se indique el grado y naturaleza de la invalidez presentada;

Que, el reclamante sustenta su pretensión resumidamente en lo siguiente: a) No está de acuerdo con el rechazo de cobertura por enfermedad preexistente; b) señala que al adquirir el préstamo, debido al tratamiento de la hepatitis C tuvieron que suspender el tratamiento de la artritis reumatoidea; c) hizo declaración jurada avalando que tenía artritis reumatoide, la enfermedad avanzó complicando su enfermedad con otros, y ya no puede laborar; d) el 20 de mayo pasará examen de incapacidad en el MINSA; e) cuenta con informes médicos que reconocen su situación, certificados de discapacidad e inscripción en el Registro de Personas con Discapacidad.

Que, conforme se desprende de los descargos presentados por la aseguradora y de lo expuesto en la audiencia de vista, ............................. sustenta el rechazo de siniestro en lo siguiente: a) la reclamante fue afiliada el 20 de setiembre de 2018 en condición de asegurada al contrato celebrado por Financiera ............................. con ............................. mediante Póliza de Desgravamen N° ............................., la cual tenía por objeto cubrir el saldo adeudado del crédito contraído con la referida entidad financiera en el supuesto producirse el fallecimiento o la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del asegurado, según los términos y condiciones de la póliza; b) la reclamante se encuentra discapacitada por artritis reumatoide según informe médico, razón por la cual se solicitó la activación del seguro de desgravamen; c) se rechazó la solicitud por cuanto la documentación presentada solo acredita la discapacidad, sin embargo no señala el grado de menoscabo y la naturaleza de la invalidez, tampoco es posible determinar la fecha de ocurrencia del siniestro o fecha exacta de inicio de la discapacidad, es decir no se acredita el grado TOTAL y la naturaleza PERMANENTE cubierta por el seguro. Adicionalmente del documento presentado se advierte el tiempo de deficiencia que data de 25 años, lo cual claramente es anterior a la contratación del seguro.

Que, hasta la fecha la reclamante no ha presentado el documento requerido en la audiencia de vista, manifestando la reclamante verbalmente que aún no cuenta con él mismo.

Que teniendo esta Defensoría un plazo para pronunciarse sobre los casos sometidos a su conocimiento, el expediente se encuentra en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento.

**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 la reclamación y en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida radica en determinar si el rechazo de cobertura informado por la aseguradora consistente en que la asegurada no ha acreditado que ha configurado una invalidez total y permanente, es legítimo o no.

Se deja expresa constancia que en la carta de rechazo se mencionaron dos casuales:

1. Falta de configuración de invalidez total y permanente, conforme a lo antes expuesto, y
2. Preexistencia de la enfermedad que da origen a la discapacidad que ahora presenta la reclamante.

No obstante, en la carta de descargos de la aseguradora solo se sustentó el rechazo por la primera causal, indicándose verbalmente, en la audiencia de vista, que no se habían pronunciado sobre la segunda causal por cuanto constataron que la preexistencia como causal de exclusión solo está prevista para la cobertura de fallecimiento y no así para la cobertura de invalidez total y permanente.

Como quiera que dicha afirmación fue formulada solo verbalmente y ambas causales constan en la carta de rechazo, este colegiado analizará ese aspecto para pronunciarse expresamente.

**Sétimo:** En lo que respecta a la exclusión de preexistencia, no es un hecho controvertido que la asegurada padece de artritis reumatoide desde antes de la contratación del seguro, sin embargo, luego de revisar la póliza de seguro que obra en el expediente, este colegiado constata que la misma establece como “EXCLUSIONES UNICAS”, entre otras, la siguiente:

***“Fallecimiento como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro de Vida Desgravamen”*** (el subrayado es nuestro), y no prevé una exclusión para la invalidez como consecuencia de enfermedades preexistentes.

Por lo tanto, al tratarse de una exclusión que únicamente ha sido prevista contractualmente en caso de fallecimiento -y no así en caso de invalidez total y permanente-, la misma no resulta oponible al supuesto que nos ocupa.

Ahora bien, habiéndose invocado -adicionalmente- como causal de rechazo la falta de acreditación de la configuración de la invalidez de grado total y naturaleza permanente, a continuación, se analizará si se ha acreditado que la invalidez presentada reviste o no dichas características.

**Octavo:** La reclamante adjuntó a su reclamo el Certificado de Discapacidad y la Resolución Directoral de fecha 31 de enero de 2019, por la cual el Consejo Nacional para la Integración de la Personas con Discapacidad modifica su inscripción en el Registro añadiendo otras enfermedades.

En dichos documentos se acredita que la reclamante presenta paraplejia espástica tropical (G04.1), hepatitis crónica activa no clasificada en otra parte (K73.2), y artritis reumatoide seroportica (M05), (artirtis reumatoide que ya presentaba al 2011 y bajo la cual se la inscribió previamente en el registro). No obstante, en dichos documentos no se especifica el grado de invalidez parcial o total que presenta, ni se especifica si dicha condición es permanente o temporal.

La reclamante también adjunta a su reclamo un informe médico emitido por la Dirección de Salud y Centro Médico Naval de fecha 15 de febrero de 2019 que hace referencia al cuadro clínico severo a pesar de tratamiento convencional, y a la condición de paciente crónico . El informe añade: que sus antecedentes empeoraron con la infección crónica por HTLV1, el compromiso renal por pielonefritis repetidas y por la infección con Hepatitis C; que el estado funcional de la asegurada se ha deteriorado notablemente; y que los estudios radiológicos demuestran daño estructural severo; indicando que estos cambios estructurales son permanentes y no se modifican con el tratamiento; y siendo el diagnóstico el siguiente:

1. Artritis reumatoide seropositiva, con estadio anatómico IV de manos y rodilla izquierda y III en pies, caderas y rodilla derecha, con actividad severa persistente y clase funcional IV,

2. Infección por virus HTLV1,

3. Paraparesia secundaria a (2).

4. Vejiga neurogénica secundaria a (2)

5. Infección por virus de Hepatitis C tratada.

En base a dichas consideraciones se puede concluir que el estado actual que la reclamante presenta puede empeorar, pero no mejorar y por tanto la discapacidad que presenta ya es permanente. No obstante, dichas consideraciones no son suficientes para concluir si el grado de la invalidez es total o parcial.

De acuerdo a lo establecido en la póliza, se cubre la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, y “se considera Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia (81 años), sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca una invalidez total y permanente por enfermedad la cual ocasiona la pérdida de capacidad laboral de acuerdo con la Ley de Creación del Sistema Privado de Pensiones (…)”, añadiendo que “En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, se considerará la fecha de configuración de la ocurrencia (Invalidez) que se especifique en el Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por MINSA, Essalud o EPS”, documentos que además se establecen como requisitos únicos para liquidar el beneficio.

En este caso, la reclamante no ha presentado un dictamen que acredite el grado de invalidez, por lo que al no haber acreditado que se ha configurado una invalidez total, el rechazo resulta, a la fecha de emisión de esta resolución, legítimo.

No obstante, se deja constancia, que de contar con un documento que acredite que se ha configurado una invalidez total y permanente, conforme a lo antes expuesto, la reclamante tendrá expedito su derecho para volver a solicitar ante la aseguradora el otorgamiento de cobertura.

**Atendiendo a lo expresado, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que resuelve:**

Declarar **IMPROCEDENTE** la reclamación interpuesta por doña ............................. contra .............................SEGUROS, dejando a salvo su derecho de accionar ante las instancias que estime pertinentes.

Lima, 26 de agosto de 2019

Rolando Eyzaguirre Maccan Marco Antonio Ortega Piana

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal