**RESOLUCIÓN N° 115/19**

**VISTOS**

Que con fecha 19 de Julio de 2019, ...................., interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que .................... Seguros otorgue cobertura al siniestro ocurrido por la Invalidez Total y Permanente del señor ...................., de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Grupal Anual Renovable Automáticamente 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, .................... Seguros con fecha 07 de Agosto de 2019 ha presentado su contestación a la Reclamación adjuntando la Póliza y los documentos relativos al siniestro.

Que, con fecha 23 de Setiembre de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, con la asistencia solo del reclamante quien sustentó su posición, absolviendo las preguntas realizadas por el colegiado, quedando entonces el expediente a la fecha en condiciones para que este colegiado expida su pronunciamiento.

Que el reclamante, ...................., solicita la atención por Incapacidad Permanente, por las siguientes resumidas razones: 1) Que, el motivo de su reclamo es que después de haber presentado todos los informes médicos que le pidieron en .................... Seguros, le rechazaron la cobertura el 27 de Setiembre de 2018, ya que sufre una discapacidad permanente de la pierna derecha por un tumor que le operaron en Mayo de 2018 y que con fecha 28 de Junio de 2019 tuvo una cita con el médico que lo operó quien le reafirmó que su condición de discapacidad será permanente. 2) Que, lo que tiene actualmente son secuelas de la cirugía y que tendrá que usar siempre un bastón o muleta permanentemente y que tenga mucho cuidado con la pierna, ya que se retiró una gran parte de la masa muscular por el tumor que lo afectó. 3) Que, se ha presentado en varios trabajos, pero como pierde el equilibrio a cada rato y se cae con las cosas que le mandan, los empleadores tienden a decirle que se vaya a casa para que no se haga más daño y por tal motivo no lo aceptan en los trabajos.

Que, por su parte .................... Seguros solicita se declare infundada la reclamación por las siguientes resumidas razones: 1) Que, el 19 de Noviembre de 2015, en virtud de haber contratado un crédito personal con ...................., el reclamante suscribió la Solicitud/Certificado de Seguro de Desgravamen N° .................... – Póliza N° 00..................... 2) Que, con fecha 03 de mayo de 2018, el reclamante fue sometido a una intervención quirúrgica en el muslo derecho debido a que presentaba un tumor, según indica el Informe Médico de fecha 08 de Setiembre de 2018, emitido por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; así mismo, con fecha 06 de Agosto de 2018, el INEN emitió el Certificado de Discapacidad N° .................... mediante el cual se concluye que el reclamante presenta una discapacidad moderada permanente. 3) Que, posteriormente, el 07 de Setiembre de 2018, la aseguradora fue notificada con el documento denominado Registro de Indemnización de Siniestros – Seguro de Personas de fecha 31 de Agosto de 2018, presentada por el reclamante a .................... para solicitar la activación del Seguro de Desgravamen de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, remitiendo las evaluaciones médicas comprendidas hasta la fecha señalada. 4) Que, mediante carta N° BEN-...................., de fecha 27 de Setiembre de 2018, .................... Seguros informó al reclamante que de la evaluación de la documentación medica remitida, se determinó que la cobertura de la Póliza no era procedente y en consecuencia no corresponde otorgar cobertura, toda vez que no se encuentra bajo las condiciones de la póliza contratada debido a que no existe evidencia o signos de una incapacidad total y permanente durante un periodo continuo e ininterrumpido de seis (6) meses. 5) Que, sobre el particular, es preciso tener en cuenta que de la revisión de los documentos médicos enviados, se puede observar que el reclamante cuenta con las siguientes características médicas señaladas en el Certificado de Discapacidad N° ....................:

* *Diagnóstico de daño: Marcha anormal, trastorno de la marcha*
* *Diagnostico etiológico: Liposarcoma muslo derecho C49.2*
* *Deficiencia grave musculo esquelética*
* *Discapacidad moderada*
* *Posibilidad laboral actual: No puede trabajar en su labor habitual, pero si en otra.*
* *Condición actual: Discapacidad moderada permanente*

6) Que, así mismo, para acceder a la cobertura de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, se debe determinar que una persona se encuentra en dicha condición cuando su estado actual representa una pérdida irreversible ya sea de fuerza física o intelectual igual o superior a las 2/3 de su capacidad de trabajo. 7) Que, ello guarda relación con las condiciones establecidas en el acápite de definiciones y condiciones respecto a la cobertura de invalidez total y permanente contenidas en el Certificado de Desgravamen correspondiente a la Póliza suscrita, en las cuales se detalla que procede el pago de la cobertura cuando el siniestro encaje en uno de los supuestos taxativos:

***INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD***

*Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida durante más de 6 meses, igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones.*

8) Que, en cuanto a las observaciones médicas, se puede apreciar que según el Certificado de Discapacidad remitido por el INEN, no existe deficiencia intelectual, mental, de lenguaje, de audición, de la visión, viscerales y de otras funciones, generalizada, sensitivas, entre otras. La deficiencia es músculo esquelética lo cual refuerza la improcedencia de la cobertura, en tanto no presenta una disminución física o intelectual continua e ininterrumpida durante más de seis (6) meses, igual o mayor a los 2/3 de su capacidad de trabajo. 9) Que, en ese sentido, se puede evidenciar que a la fecha de solicitud para la activación del Seguro de Desgravamen, el reclamante no contaba con una incapacidad total y permanente por más de seis (6) meses continuos e ininterrumpidos desde el momento del siniestro, sino que se encontraba en proceso de tratamiento y es así como esto corresponde a una incapacidad parcial y no a una incapacidad total y permanente.

**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, en la contestación a la reclamación y a lo manifestado por el asegurado 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 .................... Seguros en su carta BEN-.................... de fecha 27 de Setiembre de 2018, se encuentra sustentado de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen 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 de acuerdo a la documentación médica presentada, no existe evidencia o signos de una Incapacidad Total y Permanente, requisito indispensable para la activación de la cobertura.

**OCTAVO**: Que, en respuesta a lo mencionado por la aseguradora en el Considerando Sétimo, el asegurado manifestó su disconformidad con el rechazo de la cobertura, en razón de que sufre una discapacidad permanente de la pierna derecha por un tumor que le operaron en Mayo de 2018 y que con fecha 28 de Junio de 2019 tuvo una cita con el médico que lo operó quien le reafirmó que su condición de discapacidad será permanente.

**NOVENO:** Que, en relación a lo manifestado por la aseguradora y el 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, en el rubro 2. Coberturas y Sumas Aseguradas, de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro en Grupo Temporal Renovable Automáticamente “Seguro de Desgravamen”, se expresa lo siguiente:

“Para Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: Disminución física o intelectual, continua o ininterrumpida durante más de 06 meses, igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo reconocida por la compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones”.

1. Que, en el Certificado de Discapacidad N° .................... de fecha 06 de Agosto de 2018, expresa lo siguiente:

“Diagnóstico de daño: Marcha anormal, trastorno de la marcha

Diagnóstico etiológico: Liposarcoma muslo derecho C49.2

Deficiencia grave músculo esquelético

Discapacidad moderada

Posibilidad laboral actual: No puede trabajar en su labor habitual, pero si en otra

Condición actual: Discapacidad moderada permanente

**DECIMO**: Que, como se puede apreciar en lo mencionado en el Considerando Noveno, para la activación de la cobertura y de acuerdo a las Condiciones de la Póliza, se debe acreditar una Invalidez Total y Permanente; sin embargo, de acuerdo al Certificado de Discapacidad presentado, el asegurado sufre de una Discapacidad Moderada Permanente, por lo que al no alcanzar la cobertura reclamada, se considera que el rechazo 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 **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por .................... contra .................... SEGUROS, dejando a salvo el derecho del asegurado a recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 30 de setiembre de 2019

Marco Antonio Ortega Piana Rolando Eyzaguirre Maccan

Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal