RESOLUCIÓN N° 134/19

**Vistos:**

Que, con fecha 09 de julio de 2019 la empresa .......................... representada por su Gerente General Sra. ......................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que ......................... SEGUROS otorgue cobertura por robo conforme a la Póliza de Transporte de Mercancías TRCA N° ..........................

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, la aseguradora no cumplió con presentar sus descargos por lo que se convocó a audiencia de vista para el 09 de setiembre de 2019.

Que, el 09 de setiembre de 2019 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia de ambas partes, quienes sustentaron sus respectivas posiciones, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta, oportunidad en la cual la aseguradora formuló sus descargos;

Que, el reclamante sustenta su pretensión resumidamente en lo siguiente: a) El camión de placa ......................... fue asaltado el 13 de marzo de 2019, las circunstancias del robo fueron reportadas a la aseguradora habiéndose realizado la denuncia policial correspondiente; b) mediante correo electrónico recibido con fecha 09 de mayo de 2019 fueron informados que el siniestro no cuenta con cobertura porque al momento del siniestro las coberturas del seguro se encontraban suspendidas por falta de pago de primas, remitiéndose a un texto de la póliza; c) al contratar el seguro no se les entregó la póliza solo les proporcionaron la documentación necesaria para registrar los bienes asegurados; por lo que al no haber puesto en su conocimiento dicha limitación no les puede ser opuesta; d) dicha obligación está prevista tanto en la ley del contrato de seguro como en el Reglamento de transparencia y contratación de seguros aprobado por Resolución SBS N° 3199-2013 y en el Reglamento para uso de pólizas de seguro electrónicas aprobado por Resolución SBS 3201-2013; e) que se debe aplicar el criterio de oponibilidad de la Defensoría que señala que para poder oponer al asegurado los pactos contenidos en la póliza de seguro la compañía de seguros debe haberle entregado un ejemplar de la póliza o del certificado correspondiente; f) asimismo, la aseguradora debe probar el perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar el siniestro; g) que la suspensión no les fue comunicada, pues no recibieron un documento indicándoles que pasaría si dejaban de pagar; por lo que solicitan se otorgue la cobertura de seguro

Que, en la carta de rechazo de siniestro la aseguradora sustentó su rechazo en suspensión de cobertura por falta de pago de primas según lo establecido en el artículo 6 de las cláusulas generales para la contratación de riesgos generales que transcriben, señalando que la cobertura se encontraba suspendida desde el 15/02/2019 por incumplimiento de la cuota que vencía el 15/01/2019 la cual fue pagada recién el 28/03/2019. Que, en sus descargos presentados el 09 de setiembre de 2019 la aseguradora señaló que la cuota impaga había vencido el 15/11/2018 y adjuntó un cargo de entrega de una carta de suspensión de cobertura haciendo referencia a dicho vencimiento notificada el 02 de febrero de 2019, por lo que la suspensión automática de la cobertura opero el 15/12/2018 y por lo tanto el siniestro ocurrió estando la cobertura suspendida. Asimismo, adjuntó un cuadro de 15 cuotas por dos montos distintos cuya suma total excedía el supuesto monto de prima anual.

Que, ante esta confusión y en tanto la reclamante sostenía que sí había pagado las cuotas del seguro hasta el 25 de febrero de 2019 que tenían una cuota impaga pero no les comunicaron la suspensión por el incumplimiento de esa cuota, se solicitó a la aseguradora presentar el convenio de pago y a la reclamante adjuntar las constancias de pago de las primas de seguro.

Que, con fecha 17 de setiembre de 2019, la reclamante presentó las constancias de pago por la póliza reclamada.

Que, con fecha 17 de setiembre de 2019 Pacífico adjuntó el convenio de pago precisando que inicialmente la póliza se emitió fraccionada en 4 cuotas de S/.1,215.40, posteriormente se generó un fraccionamiento de 10 cuotas de S/.510.43 cada una, lo que explica la existencia de más de un convenio de pago (el primero anulado).

Que con fecha 23 de setiembre de 2019 la aseguradora presentó un escrito indicando que han reconsiderado los términos de su posición y por tanto procederán a la evaluación del siniestro reclamado procediendo a la designación de un ajustador para la posterior atención, de corresponder, de acuerdo a los términos de la póliza.

Que con fecha 18 de octubre de 2019 la aseguradora ha presentado un escrito solicitando se proceda al cierre del siniestro el cual se encuentra en evaluación por un ajustador y de rechazarse la cobertura se podrá iniciar un nuevo proceso.

**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 sustentado en la suspensión de cobertura por falta de pago de primas, es legítimo.

**Sétimo:** La aseguradora sustentó su rechazo en lo establecido en el artículo 21 de la Ley del Contrato de Seguro que señala que lo siguiente:

*“El incumplimiento de pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.* ***Para tal efecto, el asegurador deberá comunicar de manera cierta al asegurado a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias,*** *así como indicar el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. El asegurador no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.*

*La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el contratante ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.*

*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 acuerdo a dicho artículo, para que se suspenda la cobertura, el asegurador debe comunicar previamente dicho incumplimiento al asegurado informándole del plazo del que dispone para el pago y las consecuencias de su incumplimiento.

Conforme al convenio de pagos vigente presentado por la aseguradora, la reclamante fraccionó el pago de primas en 10 cuotas de S/.510.43 cada una que vencían mensualmente desde el 15/08/2018 hasta el 15/04/2019.

En la carta de rechazo cursado por la aseguradora al reclamante, se mencionó expresamente que la cuota impaga era la que vencía el 15/01/2019 (sexta cuota), la cual fue pagada recién el 28/03/2019 (es decir, con posterioridad al siniestro que fue el 13/03/2019), siendo que la cobertura se encontraba suspendida desde el 15/02/2019. No obstante, no obra en el expediente la carta de suspensión de cobertura a que se refiere la ley por la cual se haya comunicado previamente al asegurado que tenía dicha prima impaga y el plazo del que disponía para pagarla así como las consecuencias de su incumplimiento.

Es importante indicar que si la aseguradora no envía dicha comunicación, la cobertura de seguro se mantiene hasta por 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago.

En este caso no se ha invocado la extinción por cuanto no habían transcurrido aun 90 días desde la fecha de vencimiento (15/01/2019) hasta la fecha del siniestro (13/03/2019).

Cabe señalar que la aseguradora adjuntó a sus descargos una carta de fecha 10/12/2018 por la cual requirió el pago de la cuota 91094198 por la suma de S/.510.43 que vencía el 15/11/2018 la cual habría sido recibida por la asegurada el 02/02/2019 (comunicación que la asegurada niega haber recibido); sin embargo, el reclamante ha acreditado que dicha cuota fue pagada el 10/01/2019, esto es con anterioridad al siniestro y con anterioridad incluso a la supuesta fecha de recepción de dicha carta. En dicha comunicación se mencionaba que si al momento de recibir el documento ya se realizó el pago de la cuota pendiente no se tomara en cuenta el mensaje.

La reclamante ha presentado los comprobantes de pago de las cuotas del seguro, habiendo sido las cinco primeras pagadas antes del siniestro, (que fue el 13/03/2019) y habiendo sido el último pago realizado antes del siniestro, el 22/02/2019. Si bien la sexta cuota vencía el 15/01/2019 y fue recién pagada el 28/03/2019, no se ha acreditado el envío de una carta de suspensión por dicha cuota impaga, por lo que no habría operado la suspensión invocada por la aseguradora.

En efecto, esta Defensoría solicitó a la aseguradora remitir el envío de la carta de suspensión de cobertura a la que hacía referencia la carta de rechazo, ante la cual la aseguradora mediante comunicación de fecha 25 de setiembre de 2019 sin absolver dicho requerimiento, manifestó lo siguiente:



En dicha respuesta, la compañía de seguros no especifica sí está dando o no cobertura al siniestro; por lo que esta Defensoría solicitó informar sobre las conclusiones de dicha evaluación, habiendo recibido con fecha 17 de octubre una comunicación por la que la aseguradora señala lo siguiente:



Se deja expresa constancia que la aseguradora no ha manifestado que habría algún documento pendiente de entrega que le impide determinar la procedencia del siniestro, ni ha invocado alguna otra situación que justifique la demora en pronunciarse, tan solo se ha limitado a señalar que el proceso se encuentra en evaluación.

Que teniendo en cuenta que la aseguradora no ha manifestado a esta Defensoría si dará o no atención al siniestro, y que de acuerdo a precedentes previos de esta Defensoría las causales de rechazo deben ser invocadas al momento de rechazar el siniestro y no en una fecha posterior, siendo que las invocaciones posteriores resultan irregulares y carentes de valor -salvo circunstancias excepcionales debidamente acreditadas ninguna de las cuales ha sido invocada hasta la fecha-; este colegiado considera que debe pronunciarse sobre si procede o no la cobertura de seguro reclamada, atendiendo a la causal de rechazo invocada, la cual conforme a lo expuesto en los párrafos precedentes carece de legitimidad; sin perjuicio de lo cual la aseguradora podrá invocar vía impugnación alguna circunstancia particular excepcional por la que considere admisible recurrir a una nueva causal de rechazo, la que sería evaluada en dicha instancia, de corresponder.

**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 **FUNDADA** la reclamación interpuesta por doña .......................... contra ......................... SEGUROS, por lo que debe otorgarse cobertura de seguro conforme a la Póliza N° ..........................

Lima, 28 de octubre de 2019.

Marco Antonio Ortega Piana Rolando Eyzaguirre Maccan

Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal