**RESOLUCION N° 003/2020**

**VISTOS:**

La reclamación presentada ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) por ................... contra ................... en la que solicita se le otorgue la cobertura de invalidez total y permanente correspondiente al **SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - PÓLIZA ESSALUD+VIDA No** ...................;

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 POSITIVA no cumplió con presentar sus respectivos descargos ni la documentación solicitada;

Que, el 02 de diciembre de 2019 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia únicamente del representante del reclamante, quien tuvo oportunidad de exponer su posición tratándose de la materia reclamada, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas;

Que, el reclamante expresa su disconformidad con el rechazo de cobertura, solicitando que la DEFASEG se sirva atender su caso, considerando los antecedentes y fundamentos enunciados resumidamente a continuación: (1) tiene un menoscabo del 70% y solicita la cobertura de invalidez total y permanente.

Que, por su parte, ................... solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) no corresponde indemnización alguna por cuanto la enfermedad “Discopatía Crónica Lumbar Degenerativa (Hernia-Discartrosis) no guarda relación con el accidente declarado; (2) de acuerdo con el capítulo IV Exclusiones, no se cubre cualquier enfermedad corporal o mental, ni las consecuencias de hernias que no sean accidentales.

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que el colegiado pueda expedir su pronunciamiento sobre el presente caso sometido a su conocimiento;

**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, 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. En consecuencia, las reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura y pago de siniestros, como 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, de acuerdo con el ar**tículo 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:** Que, conforme a lo identificado en la audiencia de vista, y sobre la base de los términos contenidos en la reclamación, la cuestión controvertida radica en determinar si el rechazo de cobertura comunicado por la aseguradora es legítimo o no; es decir, si la exclusión opuesta por la aseguradora, esto es, que la invalidez que padece el asegurado es consecuencia de hernias que no sean accidentales, está o no probada.

En efecto, en el rechazo de cobertura la aseguradora invoca la exclusión contenida en el numeral 4 de las Condiciones Generales de la Póliza:

*“4. Condiciones, circunstancias y/o causas excluidas y no cubiertas.*

*Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra se deben directa, o indirectamente, total o parcialmente a:*

*(…)*

*j. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamiento que no sean accidentales.”*

**SÉPTIMO:** Que, conforme al artículo II de la Ley 29946, el Contrato de Seguro se rige por el principio de la “causa adecuada”.

De acuerdo a lo anterior, debe existir una relación de causalidad adecuada entre el accidente que padeció el asegurado y el daño producido, en este caso la lamentable invalidez del asegurado.

La causa adecuada es aquella condición que se presenta como idónea para producir el daño, así que de todas las posibles causas del daño se identifica como causa la que es idónea para generar determinado tipo de daño, de manera que éste es la consecuencia normal y esperada del accidente.

En el presente caso, la invalidez permanente que padece el asegurado es consecuencia del diagnóstico de “Discopatía Crónica Lumbar Degenerativa (Hernia-Discartrosis)”.

Conforme a la literatura médica consultada, la discopatía degenerativa puede tener diversas causas, pudiendo ser el resultado del envejecimiento o de una lesión:

***Causas:***

*Para algunas personas, la discopatía degenerativa es parte del proceso natural de envejecimiento. A medida que envejecemos, los discos intervertebrales pierden su flexibilidad, elasticidad y capacidad de amortiguación de impactos. Para otras personas, la discopatía degenerativa puede surgir de una lesión en la espalda.*

*www.medtronic.com/es-es/tu-salud/patologias/discopatia-degenerativa-lumbar.htm*

Igualmente, la Discartrosis Lumbar, puede deberse a una lesión o fractura producto de un accidente:

## ¿Qué es la discartrosis lumbar?

Cuando hablamos de discartrosis lumbar nos referimos a una enfermedad de **desgaste y desgarre de los discos de la columna lumbar** y también de sus articulaciones subyacentes.

## ****¿A quién afecta la discartrosis lumbar?****

Es más frecuente en pacientes de avanzada edad aunque también se puede ver en todos los grupos de edad. Las personas que están en mayor riesgo de desarrollar discartrosis lumbar son:

* Personas de avanzada edad avanzada
* Adultos con obesidad
* Personas con trabajos duros
* Personas con lesiones previas en la columna vertebral

www.hhp.es/blog/discartrosis-lumbar/

De acuerdo con el Certificado Médico de la Clínica Ricardo Palma, N° 1425697 el asegurado sufrió un accidente laboral y fue atendido en octubre y noviembre del 2016, diagnosticándosele fractura L2 y HNP L4.

En la medida que la causa de una Hernia-Discartrosis puede ser una lesión a la columna vertebral, corresponde a la aseguradora que opone la exclusión de cobertura probar que la invalidez permanente del asegurado es consecuencia de un “Hernia que no es accidental”.

En el presente caso, las evidencias que obran en el expediente no permiten concluir que la hernia que padece el asegurado no sea producto del accidente laboral que sufrió.

De la literatura médica citada, se aprecia que el accidente puede configurar la causa adecuada que da lugar a que el asegurado desarrolle la Discartrosis Lumbar que da lugar a su invalidez permanente.

Atendiendo a esa circunstancia, corresponde a la aseguradora la carga de la prueba con respecto a la exclusión que invoca. Por ende, ................... tiene el deber de probar la materialización del supuesto de exclusión, esto es, demostrar que la Hernia-Discartrosis que presenta el asegurado no es accidental.

En el presente caso, la aseguradora no ha aportado evidencia médica que permita llegar a la convicción que la referida hernia no es consecuencia de un accidente. En esa medida, no se ha probado la existencia de un supuesto de exclusión de cobertura que justifique el rechazo de cobertura.

**OCTAVO:** En consecuencia, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que existen razones fundadas para calificar que el rechazo de cobertura al cual se contrae la presente reclamación es infundado y no se ajusta a derecho, por lo que;

**RESUELVE:**

Declarar **FUNDADA** la reclamación interpuesta por ................... contra ..................., debiendo dicha aseguradora cumplir con otorgar otorgue la cobertura de invalidez total y permanente correspondiente al **SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - PÓLIZA ESSALUD+VIDA No** ....................

Lima, 13 de enero de 2020

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana Presidente Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal