**RESOLUCIÓN N° 021/20**

**Vistos:**

Que, el 19 de noviembre de 2019, ................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que ................... otorgue cobertura al siniestro representado por la declaración de invalidez total y permanente de su cónyuge, ..................., con relación al Seguro Desgravamen de Crédito para Préstamos Personales y con Garantía Hipotecaria – ................... – (Pólizas Nros. ................... y ...................) al cual se afilió;

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.html>);

Que, luego de la subsanación correspondiente, habiéndosele corrido traslado el 20 de diciembre de 2019 de la respectiva reclamación, ................... solicitó el 26 de diciembre de 2019 la ampliación del plazo para presentar sus descargos, cumpliendo finalmente con esto último el 3 de febrero de 2020, sin justificar la demora incurrida. Asimismo, el 7 de febrero de 2020 presentó un escrito complementario para mejor resolver, acompañando copia completa del Certificado Nro. ..................., suscrito por el asegurado, y la carta de rechazo correspondiente;

Que, el 10 de febrero de 2020 se realizó la correspondiente audiencia de vista con la asistencia de ambas partes, cuyos representantes sustentaron su respectiva posición sobre la reclamación, absolviendo las diversas preguntas que le fueron formuladas, conforme consta de la respectiva acta, habiéndosele requerido a ................... que presente copia de la solicitud de afiliación al seguro del asegurado para verificar lo declarado respecto a su estado de salud, sin perjuicio que la materia controvertida no radica en una nulidad de la póliza por declaración falsa o inexacta, sino en la posibilidad de invocar una determinada exclusión para justificar un rechazo de cobertura;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta principalmente en lo siguiente: a) Se precisa, en primer lugar, que la reclamación es hasta por US$ 50,000, renunciando a cualquier exceso de la indemnización, b) El asegurado, cónyuge de la reclamante, ..................., tiene incapacidad desde el 16 de octubre de 2015, según se acredita con el Certificado Médico Nro ................... de EsSalud, del 8 de noviembre de 2017, y el Certificado de Discapacidad Nro. ................... de EsSalud, del 31 de enero de 2018, c) Cuando el ................... concedió el crédito, el 31 de marzo de 2016, su cónyuge ya se encontraba con funciones limitadas, estado de salud que era apreciable por el respectivo funcionario del banco, no obstante lo cual gestionó el crédito y el correspondiente seguro de desgravamen, por lo que la cobertura es debida, y d) Al solicitarse la cobertura, ...................la ha rechazado invocando enfermedad preexistente como supuesto de exclusión de cobertura, lo cual se contradice;

Que, conforme a sus descargos, ................... ratifica el rechazo de cobertura, destacando resumidamente lo siguiente: a) El Banco ................... contrató con ................... una póliza grupal de desgravamen Nro. ................... para asegurar a sus clientes que mantengan operaciones activas de crédito (tarjetas de crédito, préstamos, etc.) en caso de muerte, o invalidez total, permanente y definitiva por accidente, siendo el beneficiario el propio banco, asegurándose el saldo deudor del crédito (sin intereses ni moras), b) Con el desembolso del cualquier crédito financiado por el ..................., ................... hace entrega del respectivo certificado de seguro, documento que contiene la totalidad de las condiciones que regulan el seguro contratado, entre ellas, las exclusiones, c) Así, al contratar un crédito del referido banco, ................... también contrató un seguro de desgravamen, conforme se acredita con el Certificado de Seguro Nro. ................... del 10 de marzo de 2016, seguro que cubriría los riesgos aceptados, siempre que no se presente una situación de exclusión de cobertura, tal como ha sucedido en el presente caso, d) En efecto, a la fecha de suscripción del respectivo certificado de seguro, el asegurado ya tenía un diagnóstico de secuela de infarto cerebral y hemiplejía espástica (desde el 16 de octubre de 2015, fecha de inicio de su incapacidad), conforme consta del Certificado Médico Nro. ................... del 8 de noviembre de 2017, siendo que el asegurado ya presentaba antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) según la ocurrencia de atención médica del 15 de diciembre de 2015 del Hospital II de Pucallpa, cuya copia se acompaña, e) Por lo tanto, es verificable que ................... presenta enfermedades preexistentes, incurriendo en supuesto de exclusión de cobertura, f) Se destaca que ................... contrató de buena fe, emitiendo el certificado se seguro correspondiente, sin tener conocimiento ni haber sido informada de los antecedentes médicos del asegurado, siendo que si el real estadio de salud hubiese sido declarado, ................... hubiese podido desarrollar las acciones correspondientes, como disponer pruebas médicas adicionales o, simplemente, rechazar la inclusión en el seguro, y g) Asimismo, se destaca que en el propio certificado de seguro suscrito por el asegurado se indica expresamente, al definirse la condición de asegurado, que las personas que tengan alguna enfermedad preexistente no serán aseguradas salvo evaluación médica, previa aceptación por parte de la aseguradora;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este colegiado pueda expedir su pronunciamiento sobre el caso sometido a su conocimiento, sobre la base de la información y de los documentos que obran en el expediente;

**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 alartículo 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:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación, en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, no es controvertido que el asegurado, a la fecha de obligarse frente al ................... y de suscribir el respectivo certificado de seguro (29 de marzo de 2016), ya tenía un diagnóstico de secuela de infarto cerebral y hemiplejía espástica (desde el 16 de octubre de 2015, fecha de inicio de su incapacidad), conforme consta del Certificado Médico Nro. ................... del 8 de noviembre de 2017. Lo controvertido radica en determinar si, por habérsele concedido un crédito bajo dicho estado de salud por parte del ..................., ello conlleva que ..................., como aseguradora, haya aceptado brindarle cobertura, por su afiliación al seguro de desgravamen, de generarse una ulterior incapacidad total y permanente, renunciando tácitamente a oponerle la exclusión de enfermedad preexistente.

6.1. De acuerdo a lo expresado por el apoderado de la reclamante, la cobertura es debida porque la aseguradora coloca la póliza a través de la empresa bancaria, por lo que asume cualquier riesgo o error derivado de dicha contratación (lo cual además estaría así expresado en el propio certificado de seguro), siendo que al ser notorio el estado de salud ................... al afiliarse al seguro y tomar el crédito, es manifiesto que la aseguradora aceptó brindarle cobertura, por lo que no aplica la exclusión de preexistencia invocada para el rechazo.

6.2. Este colegiado tiene una lectura de los hechos absolutamente distinta a la del indicado apoderado, sobre la base que existen dos relaciones jurídicas distintas, una de ellas, la base, es la relación crediticia entre el banco y su cliente, y la otra es la relación de seguro que se instituye entre dicho cliente, como asegurado, y la aseguradora. Conforme a ello, de acuerdo a los términos del seguro de desgravamen, las enfermedades preexistentes corresponden a una exclusión, de lo cual fue informado oportuna, adecuada y suficientemente el asegurado (cumpliéndose con las exigencias del artículo 137 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro), conforme se aprecia del certificado presentado por ..................., en el cual consta la relación de exclusiones, verificándose que dicho documento fue suscrito por ................... en señal de conformidad, habiendo recibido copia del mismo.

6.3. La circunstancia que al asegurado se le haya otorgado un determinado crédito, no tiene por qué asumirse que es un error, y menos pretenderse extender a un tercero ajeno a la relación crediticia, ya que sólo para fines de la comercialización o colocación del producto de la póliza, es que la aseguradora asume los errores de las entidades financieras. Y en el presente caso, lo expresado en el certificado, suscrito por el asegurado en señal de conocimiento y aceptación, es preciso en cuanto los alcances negativos de la cobertura: régimen de exclusiones, no mediando acto ni declaración expresa alguna que permita asumir que la aseguradora aceptó que la exclusión por enfermedad preexistente no se aplicaría. El banco Scotiabank se encontraba, y se encuentra, en absoluta libertad de elegir a sus clientes financieros, asumiendo los riesgos correspondientes, ya que en algunos casos puede trasladarlos mediante el régimen de seguros y, en otros, no.

6.4. Conforme a ello, si bien ................... se obliga a dar cobertura a los riesgos aceptados, expresamente señaló que no la brindaría en caso que el siniestro provenga de alguna de las exclusiones enunciadas, entre ellas, enfermedad preexistente. Dicho de otra manera, en caso el siniestro no estuviese previsto en una exclusión, la cobertura era debida, sujeta evidentemente a los demás términos y condiciones contractuales. El hecho que se haya podido advertir del estado de salud del asegurado -lo cual además sólo ha sido alegado más no acreditado-, por parte del Scotiabank o, inclusive de la propia ..................., no enerva lo anterior, dado que de los documentos contractuales presentados no consta ninguna declaración de la aseguradora por la cual se deja sin efecto la exclusión.

6.5. Además, conforme a lo tratado en la audiencia de vista, el rechazo de cobertura no se sustenta en un tema de reticencia y/o declaración inexacta, de formación del contrato de seguro, cuya invocación está sujeta a una serie de requisitos legales, entre ellos que, conforme al artículo 15, inciso 1, de la Ley del Contrato de Seguro, no es posible que la aseguradora invoque dicha patología formativa cuando *“Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, el asegurador conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo”.* En ese contexto, que es distinto a lo que es causal del rechazo de cobertura en el caso concreto, si se justificaría probablemente sostener que la entidad financiera, y a través de ella, la propia aseguradora, conoció y aceptó el estado de salud del solicitante del seguro, siendo que este colegiado ya se ha pronunciado en distintas resoluciones sobre dicha materia. Sin embargo, en el presente caso, el rechazo de cobertura no es por reticencia y/o declaración inexacta, sino por haberse incurrido objetivamente en una exclusión que era legalmente de pleno conocimiento del asegurado, tal como está probado.

6.6. En atención a lo anterior, siendo que no se encuentra en discusión la configuración o no de reticencia y/o de declaración inexacta, este colegiado estima que la defensa planteada por el apoderado de la reclamante, de cuestionar los alcances de lo declarado por el solicitante del seguro en su oportunidad y/o la falta de pruebas médicas, etc., es jurídicamente impertinente, dado que en el presente caso el rechazo es por un tema absolutamente objetivo: enfermedad preexistente, cuya configuración no es controvertida sino admitida por la propia parte reclamante, según ya ha sido destacado.

**Sétimo:** Por las consideraciones expuestas precedentemente, este colegiado estima que **operó la exclusión de cobertura por enfermedad preexistente, invocada por la aseguradora para sustentar el rechazo, conforme a los términos y condiciones de la póliza, los mismos que resultan siendo oponibles al asegurado por haber sido informado sobre ellos de manera oportuna, adecuada y suficiente, conforme a ley.**

En consecuencia, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, estimando que el rechazo de cobertura es legítimo.

**SE RESUELVE:**

Declarar INFUNDADA la reclamación interpuesta, quedando a salvo el derecho de la reclamante para recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 17 de febrero de 2020

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana Presidente Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal