**RESOLUCION N° 032 / 20**

**VISTOS:**

Que, .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) contra .................., solicitando se le brinde la cobertura de la cirugía realizada a la asegurada, conforme al **SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR – MEDISALUD - PÓLIZA** ...................

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 presentó sus descargos y la documentación solicitada.

Que, conforme al Reglamento de la DEFASEG, atendiendo a la cuantía de la reclamación interpuesta, la misma que no supera el importe de US$ 3,000 (o su equivalente en moneda nacional), aquélla pueda ser resuelta por un órgano resolutivo unipersonal, en el presente caso, a cargo del vocal que suscribe;

Que, el 10 de febrero de 2020 se realizó la audiencia de vista con la asistencia sólo de la reclamante, quien sustentó su posición, absolviendo las preguntas formuladas por el órgano resolutivo unipersonal, conforme consta en la correspondiente acta;

Que, en síntesis, la posición de la reclamante es la siguiente: (1) el 27 de noviembre de 2019 ingresó al área de emergencia de la Clínica .................. a las 05:50 horas con muy fuertes dolores en la zona abdominal y pélvica, por lo que se le hace una ecografía transvaginal que arroja que tiene un quiste ovárico con pedículo torcido, de aproximadamente 5cm; (2) el médico tratante el ginecólogo doctor .................. confirma el diagnóstico y concluye que es urgente que la paciente sea operada; (3) la Clínica consultó a la aseguradora si la Póliza cubre el siniestro, a lo cual ésta respondió que solo cubre la emergencia de acuerdo a la cláusula 3.4.2, en la cual se describen una serie de diagnósticos específicos (incluyendo torsión testicular) que no incluye el diagnóstico con el cual llegó la paciente; (4) la póliza menciona cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerado como un caso de emergencia médica por el médico tratante; (5) su reclamación se relaciona con la emergencia por la torsión del ovario que estaba generando el quiste, no por la extracción del mismo que fue solicitada anteriormente y fue rechazada por estar en “tiempo de espera” para la cobertura de este diagnóstico en términos normales.

Que, por su parte y en resumen la compañía de seguros sostiene que: (1) no brindó la cobertura de cirugía realizada a la asegurada, puesto que ella se encontraba en período de prueba de diez meses, conforme a la póliza; (2) la asegurada tenía un diagnóstico previo establecido con indicación de cirugía, del cual tenía conocimiento que no se le cubriría; (3) las emergencias médicas tal cual menciona la póliza serán cubiertas sólo los gastos ambulatorios de emergencias médicas, incurridos durante las primeras 24 horas de ocurrida la emergencia, siempre que la asegurada no requiera hospitalizarse; (4) la mención a “*cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerado como un caso de emergencia médica por el médico tratante”* podría cubrirse ya sea si se hospitaliza o requiera de gastos cubiertos derivados de la emergencia que “*serán reconocidos de acuerdo a las condiciones de cobertura Hospitalaria según la tabla de beneficios*”, sólo es factible y procede si el paciente no se encuentra en período de espera, no aplicando en este caso, puesto que la reclamante se encontraba aún en período de espera.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO**: Conforme al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, **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 y cuantía.**

**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:** El artículo 1 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro 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 de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar -dentro de los límites 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:** 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: En materia procesal**, corresponde a quien invoca hechos probar su existencia, carga procesal a la que refiere el artículo 196 del Código Procesal Civil, salvo que se acoja a alguna presunción legal de carácter relativo o absoluto.

**SEXTO:** De acuerdo a los términos contenidos en el rechazo, la reclamación y en la respectiva absolución, así como a lo tratado en la audiencia de vista, la solución de la presente controversia consiste en determinar si en el presente caso corresponde o no la cobertura de la cirugía realizada a la asegurada.

**SÉPTIMO:** Conforme a las condiciones generales del Seguro MEDISALUD, en el punto 1.38 se establece un periodo de espera de 10 meses para cubrir el tratamiento y/o cirugía relacionados con quistes, entre otros.

Por otro lado, en el numeral 3.4.2 que regula la cobertura de una emergencia médica, se establece de manera expresa que será cubierta *“cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerado como un caso de emergencia médica por el médico tratante. Si a causa de la emergencia médica el asegurado tuviera que hospitalizarse o realizarse alguna cirugía, los gastos cubiertos derivados de la emergencia serán reconocidos de acuerdo a las condiciones de cobertura Hospitalaria según la tabla de beneficios”.*

Como puede apreciarse, el periodo de espera suspende la cobertura de determinados riesgos establecidos en el Seguro MEDISALUD.

Expresamente se ha pactado que la cobertura del riesgo por tratamiento y/o cirugía relacionados con quistes está sujeta a un periodo de espera de 10 meses.

Si bien en el numeral 3.4.2 se detallan los términos de la cobertura de un riesgo de cirugía bajo condición de una emergencia médica, dicha cobertura general está sujeta a la condición específica de suspensión de cobertura derivada del período de espera para determinado tipo de cirugía.

La cirugía a la que fue sometida la asegurada bajo una condición de emergencia médica está relacionada con un quiste, riesgo que expresa y puntualmente se ha sometido a un periodo de espera que suspende su cobertura al transcurso de un plazo de 10 (diez) meses de incorporación en la Póliza.

**En esa medida, es evidente que el rechazo de cobertura resulta legítimo, puesto que se sustenta en pacto válido y oponible entre las partes**.

**ATENDIENDO A LO EXPRESADO, ESTE ÓRGANO RESOLUTIVO UNIPERSONAL CONCLUYE SU APRECIACIÓN RAZONADA Y CONJUNTA AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO DE LA DEFASEG, POR LO QUE:**

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamacióninterpuesto por..................contra ..................correspondiente al **SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR – MEDISALUD - PÓLIZA** .................., quedando a salvo el derecho de la reclamante para recurrir ante las instancias que consideren pertinentes

Lima, 09 de marzo de 2020

Rolando Eyzaguirre Maccan

Vocal