RESOLUCIÓN N° 033/20

**Vistos:**

Que, .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que .................. liquide correctamente la cobertura correspondiente a la deuda total de su tarjeta de crédito, como consecuencia del siniestro de invalidez total y permanente que le afecta, conforme al**SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO - PÓLIZA 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, .................. cumplió con presentar sus respectivos descargos y la documentación solicitada;

Que, el 27 de enero de 2020 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia únicamente de la reclamante, quien tuvo oportunidad de exponer su posición tratándose de la materia reclamada, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas;

Que, la reclamante expresa su disconformidad con la liquidación practicada por la aseguradora, solicitando que la DEFASEG se sirva atender su caso, considerando los antecedentes y fundamentos enunciados resumidamente a continuación: (1) no se le entregó la solicitud certificado de seguro de desgravamen con el valor de la suma asegurada máxima y menos la póliza de seguro; (2) tampoco le entregaron la liquidación de la cobertura con el valor de la suma máxima asegurada; (3) pretende que se cubra la deuda total de su tarjeta de crédito; (4) el 25 de junio de 2012 se le calificó con invalidez total y permanente; (5) la aseguradora cubrió cancelando el saldo insoluto del crédito asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro, pero de manera parcial por la suma de S/.1,769.00, quedando un saldo de deuda pendiente de cancelar con la activación del seguro por S/7,731.00; (6) el 24 de enero de 2015 solicitó al Banco .................. le expida la liquidación total y se informen porque el seguro no cubrió toda la deuda de la tarjeta de crédito; (7) el 7 de febrero de 2015 el Banco .................. le respondió que el seguro sólo cubre la deuda a la fecha de la ocurrencia de la invalidez total y permanente, pero no cubre consumos realizados con posterioridad a dicha ocurrencia, lo que no se consideran dentro de la cobertura; (8) que en ningún momento adquirió deuda posterior, lo que se presentó en forma posterior fue una recurrencia del cáncer que padece; (7) desconoce la suma máxima asegurada, es decir, el monto máximo que la aseguradora garantiza pagar al asegurado en caso de ocurrir un siniestro; (8) el contrato de la tarjeta de crédito fue en julio de 1999; (9) la suma asegurada es el saldo insoluto o monto inicial del crédito (según haya sido determinado por el asegurado) a la fecha de la invalidez total y permanente, la compañía indemnizará el saldo insoluto del crédito a la entidad financiera como único beneficiario. Los beneficiarios serán la entidad financiera por el monto del saldo insoluto del crédito y la diferencia existente entre el monto inicial y el saldo insoluto de la deuda corresponderá a los beneficiarios que el asegurado indique a continuación; por consiguiente, la supuesta liquidación (Planilla N° ..................) emitida por .................. no se ajusta a la verdad de los hechos; (10) cumplió puntualmente con cancelar mensualmente la deuda de la Tarjeta de Crédito que incluía el seguro de desgravamen y al no contar con los recursos necesarios se vio en la necesidad con fecha 31 de octubre de 2014 de solicitar la activación del seguro de desgravamen para que se pague la deuda total de la Tarjeta de Crédito CMR 4474-0970-0284-3493; (11) al 31 de octubre de 2014 se encontraba al día en el pago mensual del seguro y de la deuda de la tarjeta, por lo que corresponde que la aseguradora cancele el saldo de la deuda total de la tarjeta de crédito.

Que, por su parte, .................. solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) cumplió con pagar la indemnización del siniestro, cancelando el saldo deudor a la fecha de ocurrencia (25 de junio de 2012), de acuerdo al dictamen de evaluación y calificación de invalidez; (2) toda deuda que adquiera la reclamante con posterioridad a dicha fecha de ocurrencia no cuenta con cobertura; (3) el Banco .................. contrata con .................. la Póliza Grupal N° .................. a partir del 05 de setiembre de 2011, por lo que desde esa fecha la reclamante pasó a ser asegurada; (4) con la presentación del dictamen de evaluación y calificación de invalidez N° .................. emitido el 25 de junio de 2012, se determinó que a partir de dicha fecha era posible concluir el grado y naturaleza del menoscabo de la reclamante correspondiente a una invalidez total y permanente; (5) a fin de continuar con el pago del siniestro, la aseguradora solicitó al Banco .................. el monto del salto insoluto al momento de ocurrencia del siniestro, esto es, cuando era posible concluir el grado y naturaleza de la invalidez. Es así que el Banco informó que el monto del saldo insoluto en la tarjeta de crédito de la reclamante a la fecha de ocurrencia del siniestro (25/06/2012) era de S/.1,769.03, motivo por el cual se cumplió con cancelar dicho monto; (6) según información proporcionada por el .................., la reclamante tiene consumos posteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro (15/06/2012), siendo además que la cuenta se encuentra en morosidad; (7) en la información publicada en la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, se define el seguro de desgravamen como un seguro sobre la vida del asegurado o por concepto de incapacidad, cuyo objeto es el pago de la deuda que mantenga frente a una entidad del sistema financiero. En ese orden de ideas, el seguro de desgravamen no cubre consumos posteriores a la fecha de la ocurrencia del siniestro, ya que efectivamente un consumidor diligente y razonable no puede esperar que luego de tomar conocimiento de su invalidez pretenda que la compañía de seguros asuma los consumos que realice posteriormente, ello causaría una figura desnaturalizada del seguro de desgravamen pues permitiría que los asegurados lucren con el seguro a sabiendas que la aseguradora asumiría el saldo de su tarjeta de crédito; (8) los asegurados no pueden utilizar indiscriminadamente la línea de crédito posteriormente a la ocurrencia del siniestro asumiendo que dichos consumos los cubrirá el seguro.

Que, mediante escrito de fecha 04 de febrero de 2020, la reclamante amplia sus argumentos, indicando en síntesis lo siguiente: (1) la solicitud de activación del seguro de desgravamen fue presentada el 31 de octubre de 2014, encontrándose a dicha fecha al día en los pagos de la Tarjeta de Crédito del Banco .................. y el Seguro de Desgravamen; (2) la fecha del siniestro es desde octubre de 2014, que fue la fecha en que se solicitó la activación del seguro de desgravamen, no se puede considerar ninguna otra fecha como fecha de ocurrencia del siniestro porque al momento de su solicitud de activación para la cancelación de la deuda total ya se encontraba al día en el pago del seguro; (3) no fue evaluada por el medico auditor de .................. para que se le considere la invalidez total y permanente, más bien consideran como fecha de ocurrencia del siniestro el dictamen médico de otra entidad, es decir, de .................., donde el inicio de la ocurrencia del siniestro es julio del año 2007, según los documentos médicos de la ocurrencia del cáncer de la asegurada conforme al dictamen médico N° .................. del 25 de junio de 2012 emitido por ..................; (4) la cancelación de la deuda total de la Tarjeta de Crédito del Banco .................. por la aseguradora debió ser hasta diciembre de 2014; (5) se tiene que cancelar toda la deuda y si existiera una diferencia de suma tendría que entregarse al contratante; (5) según el Estado de Cuenta de la Tarjeta de Crédito con el ciclo de facturación 05/09/2014 y 04/10/2014 y 05/1072014 al 04/11/2014 se tenía una línea de crédito aprobada en compras de S/.8,900 soles y un crédito efectivo de S/,4,450, por lo que se debió de haber hecho el descuento de los S/1,769 más la deuda que tenía a diciembre de 2014, fecha en la que se le acreditó la invalidez total y permanente; (6) la suma del periodo de facturación del 05/12/2014 al 04/01/2015 no son consumos por compras realizadas sino intereses sobre intereses efectuados por el Banco .................., reflejados como número de cuota cargada; (7) el reclamo es por la recurrencia por segunda vez de la ocurrencia del siniestro (cáncer) el 18 de octubre de 2018, ya que .................. ha realizado un pago de manera parcial de S/1,769, mas no el pago por la deuda total, quedando una diferencia por pagar de S/6,776.24 más interese y moras, que no son consumos posteriores por compras realizadas ni retiros en efectivos sino son número de cuotas cargadas (interese sobre intereses) que corresponden a años anteriores.

**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**: 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.

**TERCERO:** 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.

**CUARTO:** **Que, 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.

**QUINTO:** Que, 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 la aseguradora ha liquidado correctamente o no la cobertura correspondiente a la deuda total de su tarjeta de crédito, como consecuencia del siniestro de invalidez total y permanente que le afecta a la asegurada.

**SEXTO:** Tal como informa la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en su portal de información sobre seguros, el Seguro de Desgravamen es un seguro que tiene por objeto pagar, al momento del fallecimiento o invalidez del asegurado, la deuda que éste mantiene con una entidad del sistema financiero, beneficiándose de esta manera, al quedar liberado de la obligación de pago del crédito.

En tal sentido, la finalidad del seguro es la amortización del préstamo o crédito en caso de materializarse el fallecimiento o la invalidez del asegurado. En estos seguros la aseguradora asume el pago del crédito o préstamo que resulte pendiente de amortización en el caso de fallecimiento o incapacidad del asegurado.

Conforme se establece expresamente en el Certificado del Seguro de Desgravamen de Crédito Tarjeta de Crédito – Póliza .................., .................. quedó obligada en los siguientes términos:

*“DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS PRINCIPALES*

*La Compañía sujetas a los términos y condiciones de la Póliza, conviene en pagar al Beneficiario la Suma Asegurada, previa deducción de cualquier obligación a favor de la Compañía, después del Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente del Asegurado, lo que ocurra primero, cancelando el saldo insoluto del crédito del Asegurado, al momento de la ocurrencia del Siniestro”.*

En tales términos, es claro que la responsabilidad de la aseguradora en caso de siniestro bajo cobertura, es cancelar el saldo insoluto del crédito del Asegurado, al momento de la ocurrencia del Siniestro.

A este efecto, la Suma Asegurada es definida en el indicado Certificado de Seguro, como el *“Saldo insoluto del crédito al momento del fallecimiento del Asegurado o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad lo que ocurra primero”*.

De acuerdo con las condiciones generales del Seguro de Desgravamen de .................., el riesgo de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, es definido en los siguientes términos:

*“Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad o Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.*

*Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones”, regulado por la Resolución N° 232-98/EEF7SAFP y sus normas modificatorias y complementarias”*.

Asimismo, en el artículo 16 de las condiciones generales se regula el procedimiento para la Liquidación y Pago del Siniestro, estableciéndose en forma expresa en el artículo 16.2, para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, la presentación del *“Original y/o copia certificada del Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación”*.

Atendiendo a lo anterior, se evidencia que la responsabilidad de la aseguradora nace a partir de la ocurrencia de un siniestro bajo cobertura.

Para el caso del riesgo de Invalidez Total y Permanente, la ocurrencia del siniestro está determinada por la materialización del riesgo cubierto, esto es, cuando la asegurada padece una invalidez que califica como permanente y de grado total, conforme a un dictamen de evaluación de una Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP o por hospitales del MINSA o por el INR.

En tal sentido, la ocurrencia del siniestro no se determina por la fecha en que la asegurada solicita la cobertura, como pretende la reclamante, sino por la fecha de configuración de la invalidez con calificación de permanente y total establecida en un dictamen efectuado por las entidades anteriormente mencionadas.

En el presente caso, .................. ha tomado como fecha de la ocurrencia del siniestro el 25 de junio de 2012, fecha del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez efectuado por un médico auditor de .................., que califica la naturaleza de la invalidez de “temporal” y de grado “total”.

Tal documento privado no califica como instrumento idóneo para determinar la fecha de la ocurrencia del siniestro, ni para establecer el monto del saldo insoluto que corresponde cancelar a ...................

En efecto, .................. no puede oponer como fecha de ocurrencia del siniestro el 25 de junio de 2012, puesto que a esa fecha la asegurada presentaba una Invalidez Total pero Temporal.

Consecuentemente, la liquidación que ha efectuado .................. en diciembre de 2014 resulta parcial, debiendo cancelar el saldo insoluto que corresponda al momento en que la Invalidez Total de la asegurada deviene en Permanente.

Ahora bien, en el presente caso, no se ha presentado en autos un dictamen de evaluación de una Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP o por hospitales del MINSA o por el INR, que establezca la fecha de configuración de la invalidez que califica como permanente y de grado total.

Dado que no se cuenta con esa fecha de configuración no se puede concluir que la fecha de ocurrencia del siniestro es el 31 de octubre de 2014 como postula la reclamante.

Atendiendo a lo señalado, este Colegiado encuentra que existen razones para amparar en parte la reclamación interpuesta contra la liquidación de cobertura realizada por .................., por lo que;

**RESUELVE:**

Declarar **FUNDADA EN PARTE** la reclamación interpuesta por .................. contra .................., respecto a la liquidación de cobertura practicada por dicha aseguradora, como consecuencia del siniestro de invalidez total y permanente que le afecta, conforme al **SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO - PÓLIZA No** .................., debiendo en consecuencia proceder a cancelar el saldo insoluto de la Tarjeta de Crédito del Banco .................. a la fecha de configuración de la Invalidez como Total y Permanente que establezca un dictamen de evaluación de una Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP o por hospitales del MINSA o por el INR.

Lima, 09 de marzo de 2020

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana Presidente Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

Vocal Vocal