**RESOLUCIÓN N° 059/20**

**Vistos:**

Que, el 16 de enero de 2020, .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que .................. proceda a extender el beneficio económico derivado de la cobertura de invalidez total y permanente, conforme al Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez Nro. .................., expedido por el COMAFP, con fecha de inicio de la respectiva calificación al 10 de junio de 2019, tratándose de la póliza Seguro Vida Ley;

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, habiéndosele corrido traslado el 23 de enero de 2020 de la respectiva reclamación, .................. se apersonó el 3 de febrero de 2020 y solicitó la concesión de una prórroga de siete (7) días para presentar sus descargos y la documentación requerida, lo cual cumplió finalmente con realizar el 10 de marzo de 2020, aunque sin justificar el retraso incurrido;

Que, habiéndose reiniciado las actividades de la DEFASEG, las mismas que fueron suspendidas

en la fecha en que entró en vigencia la normativa sobre estado de emergencia y aislamiento social obligatorio como consecuencia de la pandemia derivada del COVID 19, el 8 de junio de 2020 se realizó la audiencia virtual de vista con la participación de ambas partes, quienes sustentaron su respectiva posición sobre la reclamación, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas, conforme consta de la respectiva acta;

Que, conforme al escrito presentado por el reclamante, este último presenta un conjunto de documentos para reclamar el otorgamiento de la cobertura solicitada en su oportunidad, infiriéndose con ello que contradice el rechazo extendido por la aseguradora, el mismo que le fue comunicado mediante carta .................., del 20 de diciembre de 2019, copia de la cual también acompaña. De acuerdo a dicha comunicación, el rechazo obedece a que la invalidez invocada por .................. no ha sido originada por un accidente que corresponda a uno de los diagnósticos enunciados taxativamente en el artículo 5 del Decreto Legislativo Nro. 688, de obligatorio cumplimiento: (i) alineación mental absoluta o incurable, (ii) descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida del asegurado, (iii) fractura incurable de la columna vertical que derive en invalidez total y permanente, y (iv) pérdida de la visión de ambos ojos, o de ambas manos, o de ambos pies, o de una mano y de un pie, y otros que se puedan establecer por decreto supremo;

Que, conforme a sus descargos, .................. ratifica el rechazo de cobertura atendiendo resumidamente a los fundamentos siguientes: a) De acuerdo a la documentación proporcionada, el asegurado participó en un accidente de tránsito cuando se desplazaba en un vehículo de su empleadora, Techint S.A., afectándose la mano izquierda, presentando luego otras deficiencias, lo que derivó el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez que destaca un grado de menoscabo del 57% por las afecciones de síndrome postlaminectomía y secuelas de fractura cráneo y huesos faciales, b) Conforme a ello, el asegurado solicitó el otorgamiento de cobertura del seguro, lo cual fue rechazado toda vez que su invalidez no está comprendida dentro de los supuestos que contempla el artículo 5 del Decreto Legislativo Nro. 688 y artículo 22 del condicionado general de la correspondiente póliza, c) Conforme a lo anterior, la controversia se limita a determinar si el diagnóstico que presenta el asegurado está comprendido o no dentro de los alcances del Seguro Vida Ley, siendo que la parte final de la correspondiente norma legal deja abierta la posibilidad que, por vía de decreto supremo, puedan contemplarse otros supuestos de invalidez total y permanente por accidente, d) Es así que si, bien el artículo 18.2.2. del Decreto Supremo Nro. 003-98-SA establece el pago de una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de la remuneración mensual al asegurado como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, ello está supeditado que la disminución de la capacidad de trabajo en forma permanente sea en una proporción igual o superior a los dos tercios, cobertura que está relacionada a trabajos de riesgo, y no a un supuesto de invalidez total y permanente, e) Se destaca que en materia de seguros, y máxime tratándose de seguros obligatorios, los alcances de las coberturas deben entenderse literal y restrictivamente, evitándose un desequilibrio técnico entre el riesgo asumido y la prima establecida, destacándose a mayor abundamiento que, conforme a la propia Resolución Nro. 057/19 del 13 de mayo de 2019, la DEFASEG ha reconocido que por afecciones que no se encuentren en los supuestos de cobertura, no corresponde otorgar esta última, y f) Siendo que la ley es clara en determinar expresamente los casos de invalidez total y permanente por accidente por los que procede el pago del capital asegurado, y siendo que lo diagnosticado al reclamante no corresponde a ninguno de ellos, situación agravada porque ni siquiera se ha demostrado una invalidez en grado total, sino sólo parcial, debe desestimarse la reclamación;

Que, el actual 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, la cuestión controvertida radica en determinar sí, conforme a las condiciones contractuales contenidas en la correspondiente póliza, es legítimo o no el rechazo de cobertura comunicado en su oportunidad al asegurado.

6.1. Conforme destaca .................. en su absolución a la reclamación, el artículo 5 del Decreto Legislativo Nro. 688 regula los supuestos de invalidez total y permanente susceptibles de cobertura tratándose de las pólizas obligatorias del Seguro Vida Ley: alienación mental absoluta e incurable, descerebramiento que impida efectuar trabajo o actividad ocupacional por el resto de vida del trabajador, fractura incurable de la columna vertebral, pérdida total de la visión en ambos ojos, o la pérdida de ambos manos o de ambos pies, o de una mano y un pie. Asimismo, se restablece que mediante decreto supremo se podrá incorporar otros casos, ampliándose la relación taxativa o limitativa anteriormente señalada.

 En consecuencia, patología distinta a las enunciadas no está cubierta por el referido seguro obligatorio.

 Ello es así recogido en el artículo 22 del condicionado general de la póliza Seguro Vida Ley Nro. 00220593.

6.2. Empero, mediante Decreto Supremo Nro. 003-98-SA, se dispuso que las aseguradoras pagarán al asegurado como mínimo una pensión vitalicia mensual equivalente el 70% de la remuneración mensual cuando, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedase disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios, esto es, 66.66%.

6.3. De acuerdo al Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez Nro. .................., expedido por el COMAFP, con fecha de inicio de la respectiva calificación al 10 de junio de 2019, sobre cuya base el asegurado sustenta la reclamación, se advierte que bien califica su invalidez como una de temporalidad permanente, en cuanto a su extensión no la califica como total , sino como parcial, siendo además que se precisa que el porcentaje de menoscabo sufrido es -a la fecha del señalado dictamen- al 57%.

 Conforme a ello, es objetivo que, sin cuestionarse el origen o antecedente de la patología asociada a la reclamación, esto es, su calificación como accidente laboral, y su temporalidad, lo cierto es que no se cumple con las exigencias de cobertura correspondientes, dado que la invalidez es parcial y no alcanza al 66.66% de menoscabo, por lo que no corresponde la cobertura reclamada, al menos hasta el momento.

 Los medios probatorios presentados por el reclamante no desautorizan la conclusión precedente, por más que el reclamante haya sido reconocido por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS, como persona con discapacidad y se haya procedido a su inscripción en el correspondiente registro nacional.

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 a la fecha, por lo que corresponde desestimarse la reclamación.

**SE RESUELVE:**

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

Lima, 13 de julio de 2020

***La Secretaría Técnica certifica que la presente resolución cuenta con el voto de los vocales cuyos nombres figuran en el presente documento.***

**Marco Antonio Ortega Piana – Presidente**

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Vocal**

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Vocal**

**Gonzalo Abad - Vocal**