RESOLUCIÓN N° 070/20

**Vistos:**

Que, .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que ..................otorgue cobertura al siniestro de invalidez que le afecta, conforme al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - 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, .................. presentó tardíamente sus respectivos descargos y la documentación solicitada;

Que, el 20 de julio de 2020 se llevó a cabo la audiencia virtual de vista con la concurrencia de las partes, quienes expusieron sus posiciones y respondieron las preguntas del Colegiado;

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) solicita se active la cobertura por invalidez total y definitiva del seguro de desgravamen que contrató el 2 de enero de 2018; (2) el Banco .................. le otorgó la tarjeta de crédito, pero no le informó de las condiciones del seguro contratado, ni le hizo preguntas con respecto a su salud, ni le brindó información de las exclusiones, ni se le hizo firmar una declaración personal de salud; (3) la póliza la firmó el día que el personal del Courier le entregó la tarjeta de crédito en su domicilio; (4) invoca que tiene un derecho constitucional a ser informado; (5) el dictamen de evaluación y calificación de su invalidez emitido por la COMAFP es del 11 de julio de 2019, esto es de fecha posterior a la contratación del seguro.

Que, por su parte, .................. solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) el siniestro carece de cobertura por tratarse de un supuesto de exclusión, ya que la invalidez total y permanente del asegurado es como consecuencia de una condición o enfermedad graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza; (2) del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez emitido por la COMAFP de fecha 02 de septiembre de 2019, se evidencia que el asegurado tiene antecedentes de cataratas congénitas en ambos ojos y se colocó implantes intraoculares en el 2014; (3) el Informe del doctor Izquierdo del 30 de mayo de 2019, evidencia agudez visual disminuida el 12 de marzo de 2018. Además, indica que el paciente fue sometido en junio de 2014 a extracción de quiste retroirial del ojo derecho y en abril del 2015 a cirugía de extracción de quiste intraocular del ojo derecho; (4) también existen antecedentes preexistentes que tienen relación con la invalidez, como es el diagnóstico de “ceguera de un ojo, visión subnormal del otro/glaucoma”, enfermedad que fue diagnosticada con anterioridad a la contratación del seguro; (5) los diagnósticos de la invalidez son: (i) Ceguera de un ojo, visión subnormal del otro; y (ii) Glaucoma, los mismos que guardan relación directa con los antecedentes médicos preexistentes a la contratación; (6) en el punto 12 de la declaración personal de salud, el asegurado respondió en sentido negativo, a la pregunta a efectos de conocer si el asegurado tenía problemas de visión o audición; (7) la información sobre las exclusiones se encuentra plasmada en el certificado de seguro, el mismo que fue entregado a .................., quien suscribió este documento en señal de haber tomado conocimiento de los términos y condiciones de la Póliza de Seguros.

**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**: Según la quinta disposición complementaria, final y modificatorias de la Ley del Contrato de Seguro –Ley N° 29946- las disposiciones de dicha ley se aplicarán, a partir de su vigencia, inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo, siempre que previamente éstas no hayan estado reguladas legal o contractualmente.

**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:** 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, 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:** Que, de acuerdo a los términos contenidos en el rechazo, la reclamación y en la respectiva absolución, la solución de la presente controversia consiste en determinar si en el presente caso, se presenta o no un siniestro bajo cobertura.

**SÉPTIMO:** Obra en autos, el Certificado de Seguro de Desgravamen .................. No .................. firmado por el asegurado el 16 de octubre de 2018. En dicho documento se detallan las coberturas contratadas y las exclusiones:

*(*..................*)*

De los términos contractuales citados, dicho seguro de desgravamen no cubre cuando la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del asegurado ocurre a consecuencia de una condición o enfermedad o accidente preexistentes a la fecha de afiliación al seguro.

En consecuencia, está comprobado que la aseguradora cumplió con informar oportuna, adecuada y suficientemente al asegurado sobre los alcances del seguro contratado, en particular sobre el régimen de exclusiones.

En efecto, existe prueba documental suficiente que lleva a la convicción racional que el reclamante pudo conocer de los principales términos y condiciones de la póliza a la cual se afiliaba, entre ellos, de las exclusiones a las que se sujetaba la cobertura, no habiéndose demostrado la existencia de una falta de información de la aseguradora que hubiese impedido que el asegurado tome una decisión informada de consumo.

Atendiendo a lo señalado, las exclusiones del correspondiente contrato de seguro resultan válidamente oponibles, siempre que se verifique su materialización.

**OCTAVO:** Conforme al Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez No .................. de fecha 02 de septiembre de 2019, de la COMAFP, cuya copia obra en el expediente, se identifican como antecedentes de salud del asegurado que contribuyen a su impedimento y calificación de invalidez los siguientes diagnósticos:

* Cataratas Congénitas operado a los 2 años, con implante de lentes intraoculares el 2014.
* Drenaje de quiste en OD+faco con implante de lio secundario en AO, el 08 de septiembre de 2014.
* Extracción de quiste intraocular del Ojo derecho en abril de 2015.

De estos antecedentes se verifica que, antes de la contratación del seguro de fecha 16 de octubre de 2018, el asegurado padecía de las enfermedades que han configurado su invalidez severa.

En ese sentido, no cabe duda que antes de la contratación del seguro de desgravamen, el asegurado ya presentaba enfermedades preexistentes que configuran el riesgo de invalidez total y permanente que se declara en septiembre del 2019.

De manera que se trata objetivamente de enfermedades preexistentes a la contratación del seguro, dado que el asegurado se afilió al seguro de desgravamen el 16 de octubre de 2018, conforme consta de la documentación que obra en el expediente.

En consecuencia, es un hecho probado que las enfermedades que el asegurado padece son anteriores a su afiliación al contrato de seguro de desgravamen.

Este colegiado ha verificado, por consiguiente, la existencia de pruebas documentales razonables que generan la convicción que el asegurado padecía de enfermedades preexistentes diagnosticadas con anterioridad al inicio de la póliza,que dan lugar a la invalidez total y permanente que adolece el reclamante.

Adicionalmente, se aprecia que la aseguradora ha presentado la declaración personal de salud de fecha 16 de octubre de 2018, firmada por el asegurado, donde contesta en sentido negativo a una pregunta sobre antecedentes de salud en batería de visión:

(..................)

Atendiendo a lo señalado, este Colegiado encuentra el rechazo de cobertura legítimo y ajustado a lo regulado en el contrato de seguro.

**NOVENO:** En esa medida, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que existen razones fundadas para calificar como legítimo el rechazo de cobertura al cual se contrae la presente reclamación por lo que;

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por..................contra ..................con relación al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA No** .................., dejando a salvo el derecho del reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 10 de agosto 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**