RESOLUCIÓN N° 082/20

**Vistos:**

Que, el 31 de julio de 2020, .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que .................. otorgue debida cobertura al siniestro que lo afectó como consecuencia de la extensión del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez Nro. .................., del 7 de agosto de 2019, por el Comité Médico de la SBS-COMEC, reconociéndose su incapacidad total y permanente, conforme a la respectiva póliza de seguro de desgravamen a la cual se encuentra afiliado;

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, habiéndose corrido traslado de la señalada reclamación, el 17 de agosto de 2020 .................. se apersonó y presentó sus descargos, acompañando la correspondiente documentación sustentatoria;

Que, el 31 de agosto de 2020 se realizó la audiencia virtual de vista con la participación de ambas partes a la plataforma electrónica, quienes presentaron sus posiciones, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta resumidamente en los hechos y fundamentos siguientes: a) Como consecuencia que se solicitó la activación del seguro de desgravamen, .................. comunicó su rechazo, sosteniendo que el siniestro se derivaba de un problema depresivo, b) Se destaca que el motivo de su invalidez total y permanente fue por un accidente ocurrido en el año 2015, el cual derivó en la pérdida total de la vista del lado izquierdo, sumado a eso el problema depresivo, siendo que estuvo en tratamiento aproximadamente por un par de años, para intentar recuperar la vista, pero terminado el tratamiento la perdió por completo, y c) A partir de ello es que inició el trámite para obtener el Dictamen de Invalidez Total y Permanente, lo cual fue rechazado en primera instancia por la COMAFP, que era la entidad reguladora del dictamen, luego apeló a la COMEC, siendo que se le otorgó finalmente el dictamen que se adjunta. En razón de ello solicita el otorgamiento de cobertura;

Que, por su parte, .................. solicita en sus descargos que la reclamación sea desestimada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: a) El 28 de junio de 2019 .................. contrató un préstamo con .................., afiliándose a la póliza grupal de Desgravamen Plus .................. por las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente por enfermedad o accidente, b) Con relación a ello, se acompaña el certificado de seguro suscrito por el actual reclamante, que acredita su conocimiento de las condiciones del seguro, c) El 7 de agosto de 2019 el Comité Médico de la SBS-COMEC expidió el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez Nro. .................., calificando la invalidez del reclamante como total y permanente a consecuencia de los diagnósticos de “episodio depresivo” y “ceguera de un ojo, visión subnormal del otro”, con un menoscabo total del 68%, y d) Luego de la evaluación de la correspondiente solicitud de cobertura, mediante carta Nro. .................. se comunicó el rechazo de cobertura porque está establecido en la póliza que no se cubre los siniestros relacionados con, o a consecuencia de, depresión, lo cual corresponde a una exclusión, de manera que el rechazo se encuentra justificado;

Que, conforme a lo requerido en la audiencia de vista, .................. presentó copia de la correspondiente póliza grupal de seguro de desgravamen y documentos complementarios;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este colegiado pueda expedir su pronunciamiento sobre el caso sometido a su conocimiento, atendiendo a la documentación obrante en el expediente y a lo sustentado por las partes;

**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, 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. En consecuencia, las reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura y pago de siniestros, como 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 a un elemental criterio jurídico, recogido en el** artículo 196 del Código Procesal Civil, corresponde a quien invoca hechos, así como a quien los contradice invocando nuevos hechos, probar su existencia, salvo que aquél que esté sujeto a dicha carga procesal se acoja a alguna presunción legal.

**Sexto:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación y en la absolución de la misma, la cuestión controvertida de fondo radica en determinar si el rechazo de cobertura comunicado por .................. es legítimo o no; dicho rechazo se sustenta en que el siniestro reclamado por el asegurado corresponde a una exclusión, por lo que no corresponde el otorgamiento de cobertura.

6.1. Conforme se aprecia de los antecedentes del caso, a la referencia que el asegurado se afilió a una póliza en la que .................. sería contratante de dicha póliza, y a lo tratado con ocasión de la vista, el seguro relativo a la reclamación correspondería a una póliza grupal o colectiva, que permite diferenciar entre la parte contratante no asegurada (.................., frente a ..................) y el asegurado no contratante (el actual reclamante), de manera que, para efectos que sean exigibles las estipulaciones pertinentes de dicho contrato de seguro al cual se ha afiliado el asegurado no contratante, es absolutamente indispensable que haya sido informado de ellas, información que debe ser oportuna, suficiente y adecuada.

 De ser así, las respectivas condiciones contractuales, como, por ejemplo, el régimen de exclusiones, o las cargas a cumplirse en caso de ocurrencia de un siniestro, serán efectivamente oponibles; en caso contrario, no. El artículo 137 de la Ley Nro. 29496 – Ley del Contrato de Seguro es absolutamente concluyente sobre el particular: *“No son oponibles al asegurado los contenidos contractuales que no le hayan sido informados en el certificado mencionado en el artículo anterior, cuyo contenido mínimo se sujeta a las disposiciones de la Superintendencia”.*

6.2. Con relación a dichas pólizas grupales, la DEFASEG ha establecido un criterio consistente y uniforme respecto a los rechazos por exclusión de cobertura, estableciendo que se deben examinar tres cuestiones: (i) ¿el contrato de seguro contiene la exclusión invocada?, (ii) de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿la misma es oponible, esto es, surte efectos frente al asegurado?, por último, de ser también afirmativa la respuesta anterior, (iii) ¿se incurrió efectivamente en el supuesto de hecho que corresponde a la exclusión?

 Conforme a ello, este colegiado se propone realizar el análisis correspondiente sobre la base de los medios probatorios presentados y que obran en el expediente, siendo que la aseguradora debe probar que informó de manera oportuna, suficiente y adecuada sobre el régimen de exclusiones, quebrando así la asimetría informativa sobre el conocimiento de las condiciones contractuales, dado que el asegurado es un tercero que se afilia al contrato de seguro del cual no es parte.

6.3. ¿El contrato de seguro contiene la exclusión invocada?

 .................. soporta la carga de probar los términos y condiciones del contrato de seguro, el mismo que fue celebrado entre dicha aseguradora y ................... Cuando se le corrió traslado de la reclamación, se solicitó a .................. que presente la correspondiente póliza, siendo que con ocasión de la audiencia de vista se le concedió un plazo excepcional de tres (3) días hábiles para dicho efecto.

 De acuerdo al artículo 6 (Exclusiones), numeral 6.2, de las Condiciones Generales de la póliza contratada, y a la cual se afilió el reclamante:

 *“Adicionalmente a las exclusiones previstas para el caso de Fallecimiento, no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:*

 *(…)*

 *6.2.3. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, (…)”.*

 Por lo tanto, la exclusión invocada está efectivamente contenida en el texto del contrato de seguro; por lo que, desde esa perspectiva, puede ser invocada.

6.4. ¿La exclusión de cobertura, atendiendo a que está efectivamente considerada en el contrato de seguro, es oponible, esto es, surte efectos frente al asegurado?

 A mérito de los documentos presentados con ocasión de presentar sus descargos a la reclamación, y de acuerdo a lo sancionado imperativamente en el artículo 137 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro, .................. ha acreditado dicha oponibilidad al haber presentado copia del certificado de seguro suscrito por el actual reclamante, que acredita su conocimiento de las condiciones del seguro, en particular de las exclusiones, entre ellas, la que le ha sido invocada para fines de la comunicación de rechazo de cobertura.

 Por lo tanto, la exclusión invocada no sólo está contenida en el contrato de seguro, sino que el asegurado fue informado oportuna, adecuada y suficientemente de ella, con arreglo a ley; atendiendo a ello, desde esa perspectiva, puede ser invocada y opuesta.

6.5. ¿Se ha configurado efectivamente la exclusión contractual invocada por la aseguradora, la misma que sería oponible al reclamante?

 De acuerdo a lo tratado en la audiencia de vista, el asegurado expresa que no aplica la exclusión invocada porque su declaración de invalidez no es consecuencia de ansiedad, lo cual corresponde a una patología que suma a su problema de pérdida de visión, siendo esta última patología la que ha sido porcentualmente concluyente en su calificación de invalidez, conforme al respectivo certificado. La aseguradora, por su parte, expresa que, según la redacción de la exclusión, ésta no demanda que la invalidez sea consecuencia de la ansiedad, siendo suficiente que esté relacionada con ella.

 Se está ante un tema de interpretación del texto contractual.

 Sobre el particular, este colegiado se remite a lo establecido en la sétima regla interpretativa contenida en el artículo IV de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de seguro, conforme a la cual:

 *“La cobertura, exclusiones y, en general, la extensión del riesgo así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro,* ***deben interpretarse literalmente”*** (Lo destacado con negrita es nuestro).

 Atendiendo a ello, se aprecia que tratándose de las exclusiones contractuales relativas a la cobertura de invalidez total y permanente, si bien se enuncia se manera general en el numeral 6.2 que no se cubrirán los siniestros *“relacionados con o a consecuencia de”*, ello aplica textualmente tratándose de las dos primeras exclusiones (subnumerales 6.2.1 -lesiones autoinfligidas- y 6.2.2 -hernias-), más no tratándose de la tercera, que es precisamente la invocada por .................., dado que el texto de ésta señala expresa, literalmente, que no se cubren los siniestros *“A consecuencia de …”*, y no que también puedan ser relacionados con determinada patología. Así, tratándose de lesiones autoinfligidas, la declaración de invalidez puede ser relacionada a ellas, o a consecuencia de ellas, indistintamente; empero, tratándose de ansiedad, el texto pertinente señala que el siniestro debe ser a consecuencia de dicha patrología, desprenderse, derivarse de la misma, y no que también sea relacionada a ella. En buena cuenta existe una redacción específica, para este tipo de patologías, que se sobrepone al enunciado general, debiéndose además considerar que al ser el contrato de seguro uno por adhesión, predispuesto, la responsabilidad por la redacción de las denominadas condiciones generales recae única y exclusivamente sobre la propia aseguradora, la cual ha generado un doble régimen para la invocación válida de una exclusión respecto al riesgo relacionado a una declaración de invalidez total y permanente.

 En cualquier caso, la tercera regla interpretativa contenida en el artículo IV de la Ley del Contrato de seguro es concluyente para fines del presente caso sometido a conocimiento del colegiado:

 *“Los términos del contrato que generen ambigüedad o dudas* ***son interpretados en el sentido y con el alcance más favorable al asegurado.*** *(…)”* (Lo destacado con negrita es nuestro).

Conforme a lo señalado, siendo que de acuerdo al propio certificado médico la ansiedad no es lo que ha generado la declaración de invalidez total y permanente, debe concluirse que la exclusión invocada por .................. no es pertinente, siendo absolutamente extemporáneo que la aseguradora pretenda invocar otro sustento para rechazar el otorgamiento de cobertura, como podría serlo una enfermedad preexistente, conforme lo enunció en la audiencia de vista.

**Sétimo:** Sobre la base de lo analizado precedentemente, esta Defensoría considera que la comunicación de rechazo de cobertura, sustentada en un siniestro relacionado con un cuadro de ansiedad del asegurado, más no que sea a consecuencia del mismo, carece de legitimidad, por lo que corresponde desestimarlo.

**Atendiendo a lo expresado, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que resuelve:**

Declarar **FUNDADA** la reclamación interpuesta .................., por lo que .................. debe cumplir con otorgar cobertura, conforme a los términos y condiciones de la respectiva póliza.

.

Lima, 07 de setiembre 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**