**RESOLUCION N° 113/ 2020**

**VISTOS:**

La reclamación presentada ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) por .................. contra .................. en la que solicita se liquide al 100% la cobertura de invalidez total y permanente correspondiente al **SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - PÓLIZA ESSALUD+VIDA 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 28 de septiembre de 2020 se realizó la audiencia de vista virtual con la participación de ambas partes, quienes tuvieron la oportunidad de exponer sus respectivas posiciones, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas;

Que, el reclamante expresa su disconformidad con la liquidación de cobertura practicada por la aseguradora, considerando los antecedentes y fundamentos enunciados resumidamente a continuación: (1) la aseguradora debió pagar S/. 63,000 según la póliza, por cuanto se ha afectado la columna al cien por ciento, sin embargo, ..................sólo ha pagado el 66%; (2) reclama el pago de S/. 22,000 correspondiente al saldo pendiente de la liquidación de la cobertura; (3) existe mandato que ordena otorgar la cobertura de indemnización total y permanente; (4) la aseguradora pagó el 100% del Seguro Complementario de Riesgo; (5) la columna vertebral es la estructura básica del tronco consta de 33-34 vértebras y discos intervertebrales, por lo tanto al haberse fracturado la columna vertebral – Fractura L2 HNP L4, y lo que padece es incurable, corresponde se le otorgue el 100% de la cobertura.

Que, por su parte, ..................solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) se aprobó la solicitud de Invalidez Permanente Total y corresponde indemnizar el 66.6%, que equivale a la suma de S/. 41,958; (2) el menoscabo del 66.6% indemnizado corresponde a lo considerado en el Dictamen SCTR presentado para la evaluación de la solicitud de cobertura; (3) no corresponde indemnizar el 100% de la suma asegurada (S/.63,000), según la Tabla de Invalidez de la Póliza de acuerdo al diagnóstico que presenta; (4) conforme se discutió en el expediente 4211-2019, el diagnóstico del asegurado correspondía a una lesión de fractura L2 y HNP; (5) el diagnóstico antes señalado no se encontraba incluido dentro de la tabla de indemnización adjunta a la póliza de seguro; por tanto, se procedió a cancelar únicamente el 66,6% del menoscabo global del asegurado, que, se trata del monto de S/ 41,958.00; (6) en la medida que la incapacidad de no se encontraba enmarcada expresamente en la tabla de coberturas, .................. procedió con el pago del 66,6% del monto total; (7) la póliza indica que corresponde el pago del 100% cuando se trate de una "Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente"; (8) según el dictamen del INR el paciente no tiene invalidez total (100%) sino le calificaron con un 66.6%

**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, de acuerdo con el ar**tículo 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:** Que, sobre la base de los términos contenidos en la reclamación, la cuestión controvertida radica en determinar si la liquidación de cobertura realizada por la aseguradora es legítima o no; es decir, si se ha liquidado la cobertura conforme a lo dispuesto en el SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - PÓLIZA ESSALUD+VIDA No ...................

En esa oportunidad se verificó que la invalidez permanente que padece el asegurado es consecuencia del diagnóstico de “Discopatía Crónica Lumbar Degenerativa (Hernia-Discartrosis)”.

Asimismo, se constató que de acuerdo con el Certificado Médico de la Clínica Ricardo Palma, N° .................. el asegurado sufrió un accidente laboral y fue atendido en octubre y noviembre del 2016, diagnosticándosele Fractura L2 y HNP L4.

Bajo esa evidencia, no cabe duda que la Fractura L2 configura una Fractura de la Columna Vertebral[[1]](#footnote-1).

Conforme a la Tabla de Invalidez Permanente de las condiciones particulares de la Póliza ESSALUD+VIDA No .................. .................. .................. ..................:

*“*.................. *pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente, basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:*

* *Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente. 100%”*

En el presente caso, la invalidez permanente está determinada por la conjunción de dos factores: la Fractura L2 y la Hernia Discal HNP L4.

Por tanto, es evidente que la Fractura de la columna vertebral no es la única causa que determina la invalidez total y permanente, sino que contribuye conjuntamente con la otra patología (la hernia discal) a configurar la invalidez permanente.

En esa medida, esta Defensoría aprecia que la lesión que presenta el asegurado no está comprendida en la relación prevista en la citada Tabla de Invalidez Permanente.

Frente a esa circunstancia, deviene aplicable la previsión contractual estipulada en el numeral 7.5 de las condiciones generales de la Póliza ESSALUD+VIDA No ..................:

*“7. Aclaraciones sobre Invalidez Permanente*

*(…)*

*7.5 La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del asegurado”.*

Resulta claro que tratándose de un diagnóstico cuyas lesiones no están comprendidas en la tabla de indemnizaciones, en el presente caso la liquidación de cobertura corresponde sea fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total.

Es un hecho probado y no controvertido que el asegurado presenta un menoscabo del 66.6% conforme al Dictamen del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Consecuentemente, de acuerdo al citado numeral 7.5 de las condiciones generales de la Póliza ESSALUD+VIDA No .................., la indemnización que le corresponde al asegurado es el 66.6% de la suma asegurada (S/.63,000).

De lo expuesto, esta Defensoría comprueba que la liquidación de la cobertura de Invalidez Permanente Total pagada por .................. ascendente a la suma de S/. 41,958, resulta legítima y conforme a los términos del SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - PÓLIZA ESSALUD+VIDA No ...................

**OCTAVO:** En consecuencia, este colegiado concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que la presente reclamación carece de fundamentos para ser amparada, por lo que;

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por ..................contra .................., quedando a salvo el derecho del reclamante de recurrir ante las instancias que considere pertinentes.

Lima, 30 de noviembre de 2020

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

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Presidente**

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Vocal**

**Marco Antonio Ortega Piana – Vocal**

**Gonzalo Abad del Busto - Vocal**

1. “*Una fractura en la columna (fractura por compresión vertebral) se da cuando uno de los huesos de la columna se fractura o colapsa”*. En www.medtronic.com/es-es/tu-salud/patologias/fracturas-columna.html [↑](#footnote-ref-1)