RESOLUCIÓN N° 134/20

Vistos:

Que, el 29 de noviembre de 2020, ................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que ................. otorgue cobertura al siniestro ocurrido el 9 de junio de 2017, lo cual corresponde a la configuración de su estado de invalidez total y permanente, según Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez Nro. ................., expedido por el Comité Médico de la SBS-COMEC del 7 de agosto de 2019, conforme a los términos y condiciones del Seguro de Vida Ley – Póliza Nro. .................;

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 el 30 de noviembre de 2020 de la señalada reclamación, ................. absolvió el respectivo trámite el 10 de diciembre de 2020, presentando sus descargos y la correspondiente póliza;

Que, el 29 de diciembre de 2020 se realizó la audiencia virtual de vista con la sola participación del reclamante en la plataforma electrónica habilitada para dicho efecto, quien sustentó su posición respecto de la reclamación, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta, habiéndose dejado constancia de la inasistencia de .................;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta resumidamente en los hechos y fundamentos siguientes: a) Se destaca que ................. ha rechazado el pago indemnizatorio del Seguro Vida Ley, debido que el Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por la COMEC no corresponde con ninguno de los supuestos señalados en el artículo 5 del Decreto Legislativo Nro. 688, ya que no padece de alienación mental absoluta e incurable, descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida, fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente, pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambas manos, o de ambos pies, o de una mano y un pie, por lo que no procede la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, b) Se destaca que el motivo de la invalidez total y permanente radica en la pérdida total del ojo izquierdo a causa de un accidente acompañado de episodio depresivo a consecuencia de dicho accidente, c) Es por ello que inició el trámite de pago del Seguro Vida Ley sobre la base del artículo 4 del Decreto Legislativo Nro. 688, el mismo que establece lo siguiente: *“En caso que el trabajador sufra un accidente que le ocasione invalidez total y permanente, tendrá derecho a cobrar el capital asegurado en sustitución del que hubiera originado su fallecimiento; la certificación de la invalidez será expedida por el Ministerio de Salud o los Servicios de la Seguridad Social”*, siendo que el artículo 5 de la señalada norma señala además *“Se considera invalidez total y permanente originada por accidente, la alienación mental absoluta e incurable, el descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida, la fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente, la pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambas manos, o de ambos pies, o de una mano y un pie y otros que se puedan establecer por Decreto Supremo”*;

Que, por su parte, ................. ratificando el rechazo de cobertura, solicita que se declare infundada la reclamación, destacando resumidamente lo siguiente: a) El reclamante estuvo afiliado al Seguro Vida Ley – Póliza Nro. ................. hasta el 30 de junio de 2016, como trabajador declarado por la empresa APM TERMINALS CALLAO, b) De acuerdo a lo que declara el reclamante, el 24 de diciembre de 2015 habría sufrido un accidente en la calle, cuando estaba llegando al trabajo, cono consecuencia de lo cual perdió la vista del ojo izquierdo, para lo cual presenta el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez Nro. 0594-2019, expedido por el Comité Médico de la SBS-COMEC del 7 de agosto de 2019 (cuatro años después del siniestro) y en el cual se indica como fecha de ocurrencia de la presunta invalidez al 9 de junio de 2017, c) Siendo que con fecha 16 de octubre de 2020 se presentó la solicitud de pago de beneficios, por Invalidez Total y Permanente por accidente, la misma fue rechazada el 30 de octubre de 2020 porque la invalidez invocada no corresponde a los supuestos de invalidez previstos en la póliza, rechazo respecto del cual no se ha recibido reconsideración alguna, sino más bien la presente reclamación, d) Si bien el dictamen presentado refiere a una invalidez total y permanente por ceguera de ojo izquierdo (menoscabo de 30% – 39%), episodio depresivo (menoscabo de 25%) y factores complementarios (menoscabo de 4%), ello no corresponde a ninguno de los supuestos de invalidez total y permanente que regula el Decreto Legislativo Nro. 688, siendo que en lo relativo a la pérdida de visión, su artículo 5 dispone que debe ser de ambos ojos, y no solo de uno de ellos, siendo que, hasta la fecha, en vía de decreto supremo, no se ha establecido otros supuestos de cobertura por invalidez total y permanente, y e) Sin perjuicio de ello, se destaca que el dictamen presentado corresponde a uno emitido conforme a la regulación del seguro previsional del sistema privado de pensiones, el cual es uno distinto al Seguro Vida Ley, por lo que no corresponde estimarlo para fines de verificar la procedencia de la cobertura solicitada, sin perjuicio que el diagnóstico no aplica para fines del Decreto Legislativo Nro. 688;

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.**

**Conforme a la señalada competencia, esta Defensoría destaca que, cualquier reclamación relativa a las actuaciones de la aseguradora, sus funcionarios y personal, así como de los terceros que la misma se valga, y que corresponden a lo que se califica como idoneidad de servicio, deben ser sometidas a conocimiento de las autoridades o entidades competentes, dado que la DEFASEG carece reglamentariamente de competencia para su conocimiento y resolución.**

**Tercero:** 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:** 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: 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 radica en determinar si el rechazo de cobertura comunicado por ................. es legítimo o no. Dicho rechazo se sustenta, conforme a la carta ................. del 30 de octubre de 2020, en lo siguiente:

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

6.1. Se aprecia, el rechazo se sustenta objetivamente en que el estado de salud del reclamante, que deriva en su invalidez total y permanente, no corresponde a ninguno de los estados de salud enunciados taxativamente en el artículo 5 del Decreto Legislativo Nro. 688, lo cual es consistente con los términos de las coberturas contratadas conforme a la respectiva póliza. Es así que la pérdida de visión de un solo ojo es insuficiente para activar la cobertura del Seguro Vida Ley, pese a que la misma pudiese derivar en un estado de invalidez total y permanente.

6.2. De acuerdo a ello, y según fue destacado en la audiencia de vista, no es suficiente probar una invalidez total y permanente (a la que refiere el artículo 4 del Decreto Legislativo Nro. 688) para reclamar cobertura de esta clase de seguro, sino que es absolutamente indispensable que la misma provenga de una de las situaciones enunciadas en el artículo 5 de la norma legal indicada, o de otras que hubiesen sido consideradas mediante un decreto supremo sobreviniente al Decreto Legislativo Nro. 688, lo cual no es el caso.



6.3. Conforme se aprecia del documento médico presentado por el reclamante, el menoscabo de salud que presenta no corresponde a los supuestos regulados en el artículo 5 del Decreto Legislativo Nro. 688

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

6.4. En la comunicación de rechazo, ................. no observó, cuestionó o impugnó la fuente del correspondiente dictamen médico, lo cual recién realiza en su escrito de descargos, manifestando que ha sido emitido conforme a la regulación del seguro previsional del sistema privado de pensiones, lo cual es distinto a lo requerido para fines del Seguro Vida Ley.

Al respecto, merece destacarse que el artículo 4 del Decreto Legislativo Nro. 688 establece lo siguiente:



Conforme se aprecia, la certificación de la invalidez debe provenir del Ministerio de Salud o de los Servicios de la Seguridad Social, no de entidades diferentes.

No obstante, a juicio de este colegiado, al no haber cuestionado la aseguradora -con ocasión del rechazo- el origen o fuente de la certificación presentada, resultaría contradictorio expresarlo posteriormente, entendiéndose que se ha validado el certificado presentado al no haberse impugnado oportunamente, privilegiándose fondo sobre forma.

Por las consideraciones expuestas, este colegiado estima que el fundamento del rechazo comunicado en su oportunidad posee plena legitimidad, siendo que la cobertura reclamada no tiene sustento en las condiciones establecidas en la ley ni en la respectiva póliza.

**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 **IMPROCEDENTE** la reclamación interpuesta por ................., dejando a salvo el derecho del reclamante a recurrir a las instancias que considere pertinentes.

.

Lima, 30 de diciembre 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**