RESOLUCIÓN N° 005/21

Vistos:

Que, el 26 de noviembre de 2020, doña ................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que ................... otorgue cobertura por el fallecimiento de su madre ocurrido el 26 de setiembre de 2019, conforme a los términos y condiciones de la póliza de microseguro Vida Caja Plan III – Póliza Nª ...................;

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 del reclamo el 10 de diciembre de 2020 de la señalada reclamación, ................... absolvió el respectivo trámite el 10 de diciembre de 2020, presentando sus descargos;

Que, el 29 de diciembre de 2020 se realizó la audiencia virtual de vista con la participación de ambas partes en la plataforma electrónica habilitada para dicho efecto, quienes sustentaron sus respectivas 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) la asegurada (madre de la reclamante) adquirió un seguro de vida con ...................; b) con fecha 25/09/2019 la asegurada salió rumbo a terreno agrícola, el hermano de la reclamante la encuentra sin sentido desmayada, cerca de una escalera de aproximadamente 2 metros de altura; c) se la traslada al Hospital de Camaná luego a Essalud Camaná y finalmente a Essalud Hospital Nacional Seguin Escobedo – Arequipa, pues no reaccionaba, siendo que fallece el 26/09/2019; d) el seguro ha rechazado la cobertura señalando que su madre tenía una enfermedad preexistente, hipertensión arterial, que es una de las causas de su deceso; señalan que el 13/09/2017 fue atendida por esa causa según la historia clínica proporcionada; no obstante en esa misma historia no hay un seguimiento a esa supuesta enfermedad preexistente, por lo que considera la hipertensión fue un hallazgo y no una enfermedad tratada; por lo que presenta su reclamo para que se reconsidere la evaluación y análisis del caso realizado por la aseguradora.

Que, por su parte, la aseguradora ratificando el rechazo de cobertura, solicita que se declare infundada la reclamación, destacando resumidamente lo siguiente: a)  la asegurada contrató la póliza de microseguro el 12 de febrero de 2019; b) la asegurada fue debidamente informada de las condiciones de la póliza, donde se le informó que el cuestionario de salud contenido en la Póliza simplificada únicamente es utilizado por ................... para conocer el estado de riesgo; y que la declaración de alguna enfermedad en el cuestionario de salud no implicaba que ................... otorgaría la cobertura en caso que el siniestro se produjera como consecuencia de dicha enfermedad si ésta resulta pre existente a la contratación de la Póliza, por el contrario se estableció que la misma podrá ser rechazada conforme a las condiciones del microseguro; c) la asegurada respondió que no padecía de una enfermedad preexistente, por lo que brindó información inexacta que determina la nulidad del contrato de seguro de acuerdo a ley; d) del mismo modo, está acreditado que la asegurada conocía las exclusiones de la Póliza contratada, dentro de ellos la preexistencia; e) el certificado de defunción acredita que la asegurada falleció de hipertensión arterial; f) mediante carta de fecha 18 de noviembre de 2019 se rechazó la cobertura por cuanto según la historia clínica la asegurada padecía de hipertensión arterial desde el 2017, siendo que la solicitud de seguro es de febrero de 2019 por lo que no asumieron los gastos del siniestro por encontrarse dentro de las exclusiones de la póliza; g) añaden que de la carta de rechazo se puede colegir que se ha expresado su rechazo por reticencia siendo el contrato nulo de acuerdo a ley; h) finalmente mencionan que han cursado la carta de rechazo dentro del plazo de ley;

Que, en la audiencia de vista se solicitó a ................... entre otra información, presentar el cargo de entrega de la carta de rechazo, así como precisar si invocó la reticencia mencionada en sus descargos dentro del plazo de ley, toda vez que no se observó que hubiera sido mencionado en la carta de rechazo (claro está, acreditando este hecho documentalmente).

Que, con fecha 29 de diciembre de 2020 y 11 de enero de 2021, la aseguradora presentó escritos adicionales, adjuntando el cargo de entrega de la carta de rechazo, el cual figura recibido en el domicilio de la reclamante con fecha 24 de noviembre de 2019. Que la reclamante absolvió el traslado de los indicados escritos con fecha 12 de enero de 2021, por lo que el expediente se encuentra en condiciones de que este colegiado expida su pronunciamiento.

**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 con **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 la aseguradora es legítimo o no. Dicho rechazo se sustenta, conforme a la carta de rechazo en enfermedad preexistente, habiéndose señalado en los descargos que también se rechazó por reticencia; por lo que este colegiado analizará ambos supuestos.

***6.1. Sobre el rechazo de cobertura por preexistencia.***

Obra en el expediente la póliza simplificada de microseguro suscrita por la asegurada y se aprecia que en esta se establece dentro de las exclusiones, lo siguiente:



Es decir, se establece que el fallecimiento producido como consecuencia de una enfermedad preexistente excluye la cobertura de seguro, y al haber sido esta circunstancia puesta en conocimiento del asegurado, la misma resulta oponible al mismo.

En este caso, la aseguradora señaló en su carta de rechazo que de la evaluación de la historia clínica del Hospital de Essalud, aprecian que desde el 13 de setiembre de 2018, existe un diagnóstico de hipertensión arterial, (CIE:10:Código Internacional de Enfermedades), el cual fue consignado en el certificado de defunción como causa básica de la muerte.

Este colegiado ha revisado el certificado de defunción; y, en efecto, en el mismo se consigna como causa básica de fallecimiento a la hipertensión arterial. Se ha constatado asimismo que la fecha de suscripción de la póliza fue el 12 de febrero de 2019, y que en la historia clínica figura la anotación de hipertensión arterial en el año 2017.

La reclamante sostiene que dicha hipertensión no habría sido tratada, pues no figura un seguimiento de la misma en la historia clínica. Sin entrar a analizar si dicha enfermedad habría sido tratada o no, lo cierto es que la exclusión se refiere a que la enfermedad preexistente hubiere sido diagnostica “o” tratada con anterioridad a la contratación del seguro, por lo que bastaba que hubiera sido diagnostica en forma previa para que proceda la exclusión, como ocurre en este caso; por lo que el rechazo basado en la preexistencia de la enfermedad que produjo el fallecimiento resulta legítimo

Cabe señalar que, de acuerdo a ley, las compañías de seguro tienen un plazo de ley para pronunciarse sobre la procedencia de un rechazo, el cual debe producirse dentro de los 30 días que se completa la documentación exigida en la póliza. En el caso que nos ocupa la aseguradora señala que recibió la historia clínica a través de la Caja Municipal de Ahorro y Crédito de Arequipa (comercializador del seguro), el 08 de noviembre de 2019 (se desconoce la fecha en que la reclamante presentó dicha documentación a la Caja, pero se ha acreditado que dicha documentación fue requerida mediante comunicación de fecha 23 de octubre de 2019); y que emitió la carta de rechazo el 18 de noviembre de 2019. Asimismo, la aseguradora ha presentado el cargo de entrega de la carta de rechazo de siniestro dirigida al domicilio de la reclamante, en el cual se aprecia que fue recibido por Roxana Arcos Camargo el 24 de noviembre de 2019. La reclamante sostiene que dicha persona no tiene vinculo familiar alguno con ella; no obstante, es indistinto si la persona que recibe la comunicación es o no un familiar de la destinatario, lo que debe acreditar la aseguradora es que cumplió con notificar la carta de rechazo al domicilio del destinatario y en este caso se aprecia que la dirección a la cual se dirigió la carta de rechazo coincide con la dirección de la reclamante consignada en su DNI, por lo que habiendo sido notificada dentro de los 30 días de completada la documentación requerida, ha sido cursada dentro del plazo de ley.

***6.2. Sobre el rechazo de cobertura por reticencia***

La aseguradora señaló en sus descargos que de la carta de rechazo se puede colegir que, la ..................., ha expresado su rechazo por reticencia, es decir, por haber dado la asegurada una información falsa al momento de contratar, respecto a su declaración de su estado de salud; de conformidad con lo establecido en artículo 376 del código de Comercio y el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro

No obstante, este colegiado no comparte dicha apreciación por cuanto en la carta de rechazo solo se invoca el rechazo por preexistencia, sin hacer referencia alguna a la declaración de salud.

Al respecto, el artículo 9 de la Ley de Contrato de Seguros, señala lo siguiente:

*(…)*

***Artículo 9. Plazo para pronunciarse***

*El asegurador dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta a que se refiere el artículo anterior, plazo que debe computarse desde que el asegurador conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento del asegurador debe ser notificado por medio fehaciente.*

*(…)*

En consecuencia, al no haberse acreditado que se invocó la reticencia dentro de dicho plazo, por cuanto la carta de rechazo no hace referencia alguna a dicha situación, el plazo para invocar la reticencia habría vencido, por lo que el rechazo argumentado en sus descargos basado en este causal, carece de legitimidad; sin perjuicio de lo cual el rechazo mantiene legitimidad por las razones indicadas en el numeral 6.1. precedente.

**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 **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por doña ................... contra ................... dejando a salvo el derecho de la reclamante de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

.

Lima, 18 de enero de 2021

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

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Presidente**

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Vocal**

**Marco Antonio Ortega Piana – Vocal**

**Gonzalo Abad del Busto - Vocal**