RESOLUCIÓN N° 009/21

**VISTOS:**

Que, don ................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) contra ..................., solicitando se otorgue cobertura del Seguro de Vida Sepelio Nº ................... por el fallecimiento de su ..................., hecho ocurrido el 1 de agosto de 2020, conforme a la correspondiente póliza de seguro Sepelio ................... adquirida por él en el año 2003, donde figura como asegurado entre otros, su padre**.**

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, la aseguradora presentó sus descargos y la documentación solicitada.

Que, conforme al Reglamento de la DEFASEG, atendiendo a la cuantía de la reclamación interpuesta, la misma que no supera el importe de US$ 3,000 (o su equivalente en moneda nacional), aquélla pueda ser resuelta por un órgano resolutivo unipersonal, en el presente caso, a cargo del vocal que suscribe.

Que, el 25 de enero de 2021 se realizó la correspondiente audiencia virtual de vista con la participación de ambas partes, las cuales absolvieron las preguntas formuladas, conforme consta de la correspondiente acta.

Que, en síntesis, la posición del reclamante es la siguiente: a) que la aseguradora ha rechazado la cobertura de seguro por el fallecimiento de su padre ocurrido el 01 de agosto de 2020, alegando que en el certificado de defunción se indica como una de las causas antecedentes del fallecimiento a la hipertensión arterial, la que consideran es una condición preexistente a la contratación del seguro que ocurrió en el año 2003; b) se encuentra en desacuerdo con la carta de rechazo emitida por la asegurada y recibida el 26 de noviembre de 2020 por correo electrónico, debido a que la aseguradora sustenta el rechazo en el folio 58 de la historia clínica del Hospital Guillermo Almenara a donde se acude el 19/03/2011 por una descompensación vinculada a epistaxis de ambas fosales nasales, debiendo su padre quedarse internado y como estuvo entonces acompañado por un amigo, este por desconocimiento brindó información errónea respecto a sus antecedentes de salud, específicamente en lo referido a la enfermedad de presión arterial, ya que mencionó que la padecía desde hace 20 años debiendo haber indicado que era hace 5 años, ello ante la imposibilidad de su padre de poder hablar y brindar información correcta sobre sus antecedentes; c) adjunta historia clínica del hospital Guillermo Almenara, del IPRESS San Juan de Dios y del Hospital Emergencias Grau.

Que, por su parte y en resumen la compañía de seguros sostiene lo siguiente: a)  el Comité de administración del Fondo de Asistencia y Estimulo de los Trabajadores del Sector Educación (CAFAE) contrató con la aseguradora la Póliza de Seguro Grupo – cobertura de sepelio Nº ..................., siendo que con fecha 91/08/2003 el reclamante solicitó el aseguramiento de dicha póliza a favor suyo y de sus dependientes asegurados; b) en la solicitud suscrita en el 2003 se indica “dejo constancia de haber leído y dar por aceptadas las exclusiones del seguro”; c) con motivo del fallecimiento del señor ..................., dependiente asegurado bajo dicha póliza, ocurrida el 01/08/2020, se presenta la solicitud de activación del seguro, la cual fue rechazada ya que al revisar la historia clínica se detallan como antecedentes patológicos la enfermedad de hipertensión arterial (HTA) hace más de 20 años, es decir antes de la suscripción del seguro; por lo que se ha configurado la exclusión de enfermedad preexistente a la contratación del seguro; d) que dicha referencia consta en la atención del 19/03/2011, por lo que la enfermedad existía desde 1991, fecha anterior al año 2003 que es cuando se contrata el seguro; por lo que siendo dicha enfermedad una de las causas antecedentes del fallecimiento, queda acreditada la configuración de la causal de exclusión por enfermedad preexistente.

Que, con fecha 26 de enero de 2021 el reclamante presento el correo electrónico de fecha 11 de diciembre de 2020 a través del cual ha solicitado a Essalud la historia clínica completa de su padre ante el Hospital I Aurelio Diaz Ufano y Peral de San Juan de Lurigancho, a fin de poder acreditar que la hipertensión que padecía su padre no fue diagnosticada antes del 2003, sino en fecha posterior, siendo que hasta la fecha su solicitud no ha sido atendida.

Que, pese a que en la audiencia de vista se solicitó a la aseguradora presentar copia de la póliza vigente a la fecha de contratación del seguro, ha vencido el plazo otorgado sin que se cumpla con presentar lo requerido; por lo que el expediente se encuentra en condiciones para que este órgano resolutivo unipersonal expida su pronunciamiento.

**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:** 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, de manera que las reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura, como pueden 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:** 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.

**CUARTO: 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.

**QUINTO:** 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 conforme a los términos contractuales, si el rechazo de cobertura informado por la aseguradora, consistente en que el asegurado falleció a consecuencia de una enfermedad preexistente es legítimo o no.

**SEXTO:**  Para efectos de poder oponer la exclusión, la aseguradora debe acreditar en primer lugar que estamos ante una causal de exclusión pactada en la póliza.

***6.1. Oponibilidad de la exclusión***

Al respecto, la aseguradora adjunto a sus descargos un condicionado general sin fecha emitido por ...................; no obstante, estamos ante una póliza de seguro que fue inicialmente contratada con otra compañía de seguros y que posteriormente fue cedida a la aseguradora; por lo que correspondería que se presente la póliza de seguro grupal que estuvo vigente en la fecha de contratación del seguro, esto es, en el año 2003, y a la cual se incorporó el asegurado. Dicho requerimiento fue realizado en la audiencia de vista habiéndose otorgado a la aseguradora un plazo de cinco (05) días para que presente dicha documentación, lo que hasta la fecha no se ha cumplido.

En este sentido, este órgano resolutivo unipersonal no puede verificar los términos en los que fue pactada dicha exclusión, la cual por tanto no puede ser opuesta, y en consecuencia, el rechazo de cobertura basado en dicha causal de exclusión no resultaría legítimo.

Sin perjuicio de lo expuesto, como vía impugnación la aseguradora puede presentar la póliza de seguro solicitada y eventualmente acreditar que se pactó la exclusión en términos que permitan verificar que sí se configuró; a continuación analizaremos si la hipertensión arterial fue causa del fallecimiento y si era una condición preexistente.

Cabe señalar que los términos en los que figura pactada la exclusión, así como la definición de preexistencias, contenida en el condicionado remitido por la aseguradora es la siguiente:

*“ARTICULO Nº 2: DEFINICIONES*

*(…)*



******

***6.2. La hipertensión arterial como causa del fallecimiento***

El certificado de defunción indica como causa básica infarto de miocardio agudo, conforme se indica a continuación.



Por su parte, en el numeral 7 del mismo certificado de defunción, donde se da mayor información de la causa de la defunción se indica lo siguiente:



Del certificado de defunción se desprende que la hipertensión arterial no fue la causa directa del fallecimiento sino un estado que habría contribuido con el fallecimiento.

La aseguradora menciona que la exclusión prevista en la póliza es la mencionada en el último párrafo del numeral 6.1. precedente (*“Esta póliza no cubre los siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente de: preexistencias (…))”;* y por tanto no estamos solo ante la exclusión de la enfermedad preexistente como causa directa del fallecimiento, sino como cualquier aspecto relacionado directa o indirectamente, parcial o totalmente con la causa del mismo, lo que ocurre en este caso con la hipertensión arterial de acuerdo a lo consignado en el certificado de defunción. Por lo que de acreditarse que la exclusión fue pactada en dichos términos, la hipertensión arterial sí constituiría una causa relacionada con el fallecimiento que podría ser excluida de la cobertura de seguro, en tanto se acredite su preexistencia.

No obstante, reiteramos que la exclusión no resulta legítima en tanto no se ha acreditado la existencia de la exclusión, ni los términos en los que estuvo pactada, adjuntando la póliza vigente a la fecha de contratación del seguro.

***6.3. Preexistencia de la hipertensión arterial***

La aseguradora basa la preexistencia en el folio 58 de la historia clínica del Hospital Almenara donde en una anotación médica realizada en el año 2011, concretamente en la atención del 19/03/2011, se indica que la hipertensión data de hace 20 años, oportunidad en la cual también se indica que tuvo un paro cardiaco hace 5 años, y se refiere como enfermedad actual (del año 2011) una crisis hipertensiva con epixtasis profusa desde hace 14 días, siendo la impresión diagnóstica epixtasis, motivo por el cual se le practican exámenes auxiliares. No obstante, dicha historia solo refiere atenciones desde el año 2009.

De otro lado, en la historia clínica IPRESS C San Juan de Dios, en la pag. 53, atención del 18/02/2015 se consigna la hipertensión esencial “primaria” como definitiva y como caso nuevo, y en la página 68 en la atención del 20/04/2015 se indica el diagnóstico de hipertensión esencial (primaria) como presuntivo. Adicionalmente se aprecian atenciones siguientes del 04/03/2016 y 11/04/2016 que hacen referencia al mismo diagnóstico como definitivo y repetido y en la atención del 14/05/2016 se hace referencia a la hipertensión esencial (primaria) como diagnostico presuntivo y nuevo. Es decir hay una serie de inconsistencias en referencia al estado del diagnóstico de la hipertensión y las fechas de diagnóstico.

El reclamante, no niega que su padre padeciera de hipertensión arterial (HTA), pero señala que cuando tuvo la crisis hipertensiva con epixtasis del año 2011 fue un error indicar que la HTA tenía 20 años, siendo que había sido diagnosticada 5 años antes, es decir, con posterioridad al 2003, fecha de contratación del seguro.

Por su parte, aun cuando no se ha remitido la póliza vigente a la fecha de contratación del seguro. Si la misma correspondiera al texto remitido por la aseguradora conforme a lo mencionado en el numeral 6.1 precedente, se tiene que la preexistencia se encuentra definida en los términos siguientes:



De las historias clínicas que obran en el expediente, se verifica que existen anotaciones de antecedentes de salud referidos ya sea por el propio asegurado, o por alguna persona que acompañaba al asegurado o tomados por el médico sin indicar la fuente. Siendo que de dichos documentos no puede concluirse que se identifica un diagnóstico hecho por un profesional médico colegiado antes de la contratación del seguro.

Los términos en que habría sido redactada la póliza en lo que se refiere a la definición de preexistencia -si es que la versión remitida por la aseguradora fuera también la vigente a la fecha de contratación del seguro- exigen que ésta aporte prueba o evidencia que identifique un diagnóstico realizado por profesional médico colegiado que haya diagnosticado las enfermedades o alteraciones del estado de salud en una fecha determinada; lo que no se acreditado en este caso, en tanto la preexistencia se basa en anotaciones hechas en una historia clínica del 2011.

Por lo tanto, no solo no se acreditado los términos de la exclusión invocada adjuntando la póliza vigente a la fecha de la contratación, sino que de ser estos consistentes con la versión actual proporcionada por la aseguradora, esta no ha probado uno de los supuestos de hecho que el tenor de la exclusión contempla como requisito para que una enfermedad sea considerada como preexistente.

**ATENDIENDO A LO EXPRESADO, ESTE ÓRGANO RESOLUTIVO UNIPERSONAL CONCLUYE SU APRECIACIÓN RAZONADA Y CONJUNTA AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO DE LA DEFASEG, POR LO QUE:**

**RESUELVE:**

Declarar **FUNDADA** la reclamacióninterpuesta por................... contra ..................., respecto de la póliza de seguro Sepelio CAFAE a la cual se contrae la presente resolución.

Lima, 3 de febrero de 2021

***La Secretaría Técnica certifica que la presente resolución, al haber sido emitida por el Órgano Resolutivo Unipersonal, cuenta con el voto del vocal cuyo nombre figura al final del presente documento.***

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Vocal**