RESOLUCIÓN N° 036/21

**Vistos:**

Que, doña .................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que .................. otorgue cobertura del **SEGURO DESGRAVAMEN HIPOTECARIO - PÓLIZA** .................., como consecuencia del fallecimiento del asegurado ...................

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, .................. presentó sus respectivos descargos y la documentación solicitada de manera extemporánea;

Que, el 1 de febrero de 2021 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia únicamente de la reclamante, quien tuvo oportunidad de exponer su posición tratándose de la materia reclamada, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta, con lo que el proceso quedó en condiciones para que esta Defensoría expida su pronunciamiento;

Que, la reclamación se sustenta resumidamente en lo siguiente: (1) su difunto esposo siempre fue una persona saludable, solo acudía al Hospital Grau periódicamente para realizarse chequeos de glucosa, colesterol, triglicéridos y siempre obtuvo resultados favorables; (2) en el mes de noviembre 2019, su esposo empezó a tener problemas de respiración, agitación, insomnio y también presento hinchazón en un pie; (3) el día 29 de noviembre de 2020, atendieron a su esposo en la emergencia del Hospital Grau de ESSALUD, y a su esposo le realizan las evaluaciones médicas y el diagnóstico fue FIBROSIS PULMONAR; (4) el médico le indicó a su esposo que en adelante iba necesitar nebulización cada vez que tenga problemas de respiración; (5) su esposo insistió al médico para que inicie algún tratamiento, pero le respondió que no era necesario y que la nebulización era suficiente; (6) pasaron los días, semanas y su esposo empezó a perder el apetito, seguía con el pie hinchado. Iba por emergencia y recibía la misma respuesta e indiferencia del personal médico, sólo le indicaban recibir la nebulización de acuerdo al diagnóstico de los médicos que lo trataron, según ellos era suficiente; (7) el 13 de abril del 2020, su esposo ingresó por emergencia por presentar insuficiencia respiratoria, por lo que realizaron las evaluaciones requeridas y le informan que se quedará internado por su delicado estado de salud. Y el 17 de abril del 2020 falleció; (8) su esposo fue atendido en varias ocasiones tanto en consultorio como en emergencia y ningún médico alerto o detecto cáncer alguno. Fue atendido y evaluado cada vez que tenía cita y no existe registro alguno de que su esposo haya presentado cáncer ni que hayan detectado según las evaluaciones; (9) asumieron un Crédito Hipotecario, para lo cual se sometieron a todas las evaluaciones pertinentes; (10) en marzo del 2018 su esposo fue operado de Cataratas, paso por las evaluaciones requeridas y necesarias siendo favorable el resultado, así como su recuperación; (11) la aseguradora extrae un dato del Certificado de Defunción sin revisar o investigar la Historia Clínica de su difunto esposo. No hicieron ninguna gestión pertinente y previa, simplemente extraen el dato y responden que es improcedente la cobertura; (12) es incorrecto cuando mencionan que a su esposo le diagnosticaron cáncer, siete años antes de afiliarse al seguro; (13) si la aseguradora tiene algún medio probatorio que demuestre que hubo tal diagnóstico, que lo haga llegar; (14) si los médicos encontraron alguna anomalía o enfermedad, fue 3 días antes de que fallezca; (15) el médico que elaboro el Certificado de Defunción calculó que el cáncer de su esposo tenía de aproximadamente 10 años, sin embargo, no hay registro alguno que pueda sustentar o que pueda validar que tal antigüedad.

Que, por su parte, .................. solicita que la reclamación sea declarada infundada, por las razones que se enuncian resumidamente a continuación: (1) el siniestro fue consecuencia de enfermedad preexistente a la contratación del seguro, esto es antes del 5 de diciembre de 2017; (2) en el Certificado de Defunción se identifica como causa básica de la muerte insuficiencia respiratoria aguda a consecuencia de cáncer pulmonar, diagnosticada con 10 años de anterioridad; (3) la preexistencia es causal de exclusión de otorgamiento del beneficio de cobertura, debido a que, el cáncer pulmonar fue diagnosticado con anterioridad a la afiliación del asegurado al Seguro de Desgravamen; (4) la enfermedad recaería en la condición de preexistencia, la cual se encuentra estipulada como un supuesto de exclusión de otorgamiento de cobertura del seguro materia de controversia; (5) el padecimiento de cáncer pulmonar al ser diagnosticado en el año 2010, es decir, siete (7) años anteriores a la afiliación de la reclamante y el asegurado al Seguro de Desgravamen, se configuraría como enfermedad preexistente; (8) la aseguradora se basó solo en el Certificado de Defunción, pues dicho documento posee validez legal para acreditar que el reclamantepadecía de una enfermedad preexistente; (9) en caso la reclamante tuviese alguna discrepancia con la información establecida en el Certificado de Defunción puede acudir a la entidad pertinente para la respectiva corrección de la información pues la aseguradora no tiene responsabilidad de lo expuesto en dicho documento legal.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO**: Que, 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.**

**SEGUNDO**: Que, conforme al artículo 1 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro dispone que el contrato de seguro es aquel por el que la aseguradora se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar -dentro de los límites pactados- el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, enmarcado en una póliza que la aseguradora debe entregar al contratante, y cuyos requisitos mínimos están previstos en el artículo 26 de la señalada ley.

**TERCERO:** Que, según el artículo 1361 del Código Civil, los contratos son obligatorios en cuanto se haya expresado en ellos.

**CUARTO:** **Que, 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:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación y en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida en la presente controversia versa puntualmente si los términos de cobertura invocados en el rechazo por la aseguradora le pueden ser opuestos o no a la reclamante, es decir, si la aseguradora puede oponer la exclusión invocada, esto es, enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio del seguro; y en caso de serlo, si el supuesto que activa la exclusión de cobertura está probado en autos.

**SEXTO:** Por tanto, en primer lugar, corresponde que el Colegiado determine si la aseguradora cumplió o no con informar oportunamente al asegurado sobre los alcances del seguro contratado, ya sea con la entrega del respectivo Certificado de Seguro que contengan el resumen de las principales condiciones de la póliza, o con la entrega de ésta.

Sobre este extremo, la aseguradora ha presentado la Solicitud de Seguro de Desgravamen Individual II debidamente firmada por el asegurado y la reclamante:

..................

En dicha solicitud consta como exclusión que:

**

Atendiendo a dichas circunstancias, esta Defensoría valora la indicada solicitud presentada por .................., llegando a la convicción racional que esos documentos firmados por el asegurado y la reclamante, acreditan que a dicho asegurado se le informó sobre los alcances del seguro contratado, en la medida que en él consta la exclusión de cobertura invocada por la aseguradora.

Por lo que, el Colegiado observa que en autos existe prueba suficiente que lleva a la convicción racional que el asegurado pudo conocer el contenido de las exclusiones a las que está sujeto su contrato de seguro, de manera que no se advierte la existencia de una falta de información de la aseguradora, que haya impedido que el asegurado tome una decisión informada.

Consecuentemente, las exclusiones del Seguro de Desgravamen resultan válidamente oponibles, siempre que se verifique su materialización.

**SÉPTIMO**: Que, luego de probado el cumplimiento de la aseguradora, corresponde determinar si en autos está probado el supuesto de exclusión invocado.

Conforme a la carta de rechazo, se ha opuesto la exclusión de enfermedad pre-existente, esto es el padecimiento de Cáncer Pulmonar desde el año 2010, siendo anterior a la contratación del Seguro, esto es, el 5 de diciembre de 2017.

En el presente caso, de acuerdo con el Certificado de Defunción, la enfermedad identificada como causa básica de la muerte del asegurado fue Cáncer Pulmonar.

Al respecto, se advierte que en dicho documento se consigna como lapso de tiempo de la enfermedad diez años:



Cabe indicar que el Certificado de Defunción es un documento público que certifica o constata oficialmente un hecho, como es el fallecimiento de una persona; y es expedido por los profesionales de la salud o personal de la salud autorizado.

Asimismo, en dicho documento el profesional identifica la causa de la defunción, consignando la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente, así como las causas antecedentes que produjeron la causa de la defunción, indicando el intervalo temporal de la enfermedad.

Respecto de la antigüedad de la enfermedad que padeció el fallecido, el grado de certeza de ese dato depende de la fuente de donde proviene la información del médico que lo consigna en el certificado de defunción.

En efecto, si quien suscribe el certificado de defunción fue el médico tratante del difunto, el intervalo temporal consignado genera convicción probatoria, por cuanto está fundamentado en función de su testimonio directo sobre la existencia de un hecho conocido por él, y que no ha sido tomado por una referencia de terceros, como los familiares del difunto.

Por el contrario, si quien certifica no fue el médico tratante, ese intervalo lo fija el profesional mediante una fuente indirecta como sería la información proporcionada por la familia. En tal supuesto, se trata de un hecho no conocido, que no le consta al médico no tratante del difunto.

Por tal razón, en estos casos el certificado de defunción no constituye un medio de prueba de la antigüedad que padecía el fallecido, requiere corroboración a través de pruebas directas como la historia clínica, que conduzcan a la certeza del hecho desconocido al momento de la suscripción del certificado, esto es, el intervalo de la enfermedad.

En el presente caso, el certificado de defunción fue emitido por un médico no tratante, el doctor Luís Enrique Girado Isidro, jefe del Servicio de Emergencia del Hospital III de Emergencias Grau. Al no ser el médico tratante, el registro de la antigüedad de esa enfermedad debería estar respaldado con la historia clínica.

En esa medida, para el Colegiado dicho certificado no es prueba suficiente de que el asegurado padecía de cáncer pulmonar con anterioridad al 5 de diciembre de 2017.

Dado que la carga de la prueba de la materialización de la exclusión está en cabeza de la aseguradora, corresponde a esta aportar el sustento comprobable que otorgue certeza al dato consignado en el certificado de defunción, lo que en el presente caso no ha ocurrido.

Habida cuenta que la información consignada en el certificado no ha sido corroborada, esta no puede asumirse como cierta para fines de sustentar materialmente el rechazo por preexistencia.

Consecuentemente, al carecer de sustento probatorio que genere convicción el rechazo de cobertura carece de legitimación, por lo que la reclamación se encuentra amparable, sin perjuicio que, en vía de impugnación, a través del análisis de la historia clínica, la aseguradora pruebe que la enfermedad padecida por el asegurado era preexistente a la contratación del seguro.

**OCTAVO**: Que, atendiendo a lo expresado precedentemente, 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 doña ..................contra ..................**,** con relación al **SEGURO DESGRAVAMEN HIPOTECARIO - PÓLIZA** ..................**853**, debiendo dicha aseguradora dar cobertura como consecuencia del fallecimiento del asegurado **MARCO ANTONIO FANO MATINEZ**.

Lima, 05 de abril 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**

**Marco Antonio Ortega Piana – Vocal**

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Vocal**

**Gonzalo Abad del Busto - Vocal**