RESOLUCIÓN N° 040/21

**VISTOS:**

Que, con fecha 09 de febrero de 2021 don .................. interpone reclamación ante esta Defensoría (DEFASEG) solicitando que .................. otorgue cobertura de invalidez conforme a la Poliza de Desgravamen Nª 4361;

Que, la señalada reclamación cumple con las exigencias de materia, cuantía y oportunidad establecidas en el Reglamento de la DEFASEG;

Que, el 29 de marzo de 2021 se realizó la correspondiente audiencia virtual de vista con la participación del reclamante, oportunidad en la cual éste absolvió las diversas preguntas formuladas por este colegiado, conforme consta de la correspondiente acta; dejándose constancia de la inasistencia de la aseguradora pese a haber sido oportunamente convocada.

Que, en síntesis, la posición del reclamante es la siguiente: a) En agosto de 2019 lo llaman del BCP para ofrecerle una compra de deuda de un crédito del Banco Continental, ante la insistencia fue a las oficinas de dicha entidad y realizaron el trámite por un monto total de S/34,273.50, que empezó a pagar en octubre de 2019 y fue afectado a una tarjeta de crédito que nunca le entregaron; b) en enero de 2020 se siente mal y el 10 de febrero de 2020 se interna en el Hospital Rebagliati, allí le informan que tiene un problema degenerativo que van a tratar de ayudarlo con una operación en la médula espinal pero por la pandemia le dan de alta en marzo y hasta la fecha no ha sido intervenido; c) en abril de 2020 inició el trámite ante COMAFP pues ya no podía trabajar, y en julio de 2020 le dan el dictamen de Invalidez Total y Permanente de fecha 09 de julio de 2020, siendo antes en el mes de mayo de 2020 despedido; d) intentó activar el seguro, pero le han rechazado la cobertura por cuanto consideran que su enfermedad era prexistente, de lo que discrepa, más aún cuando le compraron la deuda sí podía trabajar y era sujeto de crédito, condición que ahora no tiene; por lo que solicita la activación del seguro.

Que, por su parte y en resumen la compañía de seguros sostiene lo siguiente: a) han denegado la cobertura de seguro, por cuanto la póliza de seguro establece que no se cubren enfermedades preexistentes, y en este caso la invalidez ha sido producidos por una enfermedad preexistente; b) en este caso la póliza se adquirió el 11 de octubre de 2019 producto de la compra de deuda que el Banco de Crédito realizó al BBVA, tal como señala el reclamante; c) de acuerdo con el Dictamen de evaluación y calificación de invalidez emitido por el COMAFP, el asegurado fue operado del Síndrome de Arnold – Chiari Tipo I en enero de 2018, motivo por el cual el reclamante fue diagnosticado con fecha anterior a la suscripción de la Póliza de Seguros, confirmando la existencia de una enfermedad preexistente; por otro lado, la Cuadriplejia -causa de su invalidez- diagnosticada es a consecuencia del Síndrome de Arnold-Chiari, la cual es una enfermedad congénita; añaden que, en la sección de comentarios del mismo Dictamen, (página 3), se menciona lo siguiente: *“El año 2017 sufrió varias caídas por la falta de fuerza y adormecimiento, se hospitalizó en Rebagliati, luego de estudios diagnosticaron Arnold Chiari Tipo I, fue operado en enero del 2018”;* de donde puede colegir que la operación realizada en enero de 2018 mencionada por el reclamante fue posterior al diagnóstico; d) por ello, la enfermedad causante de la invalidez es preexistente a la celebración del contrato de seguro; e) con fecha 20 de agosto de 2020 rechazan la cobertura de seguro por prexistencia, ya que en la cláusula N°5, literal a) de la Póliza N° 4361, se estipula que no se cubren enfermedades preexistentes; f) en virtud de lo expuesto, la aseguradora considera que demuestra que la enfermedad padecida por el asegurado, la cual habría determinado su despido y consecuente falta de ingresos para continuar pagando su deuda ante el Banco de Crédito del Perú, se trata de una enfermedad preexistente, tal y como se aprecia en el Dictamen de evaluación y calificación de invalidez, presentada por el reclamante; documento que menciona que dicha enfermedad inició antes de la contratación de póliza; en consecuencia, han actuado de manera justificada al rechazar la cobertura de seguro.

Que, con fecha 06 de abril de 2021 la aseguradora presentó por correo electrónico la póliza de seguro requerida por la DEFASEG.

**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 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.

**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: 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.

**SEXTO:** De acuerdo a los términos contenidos en el rechazo, la reclamación y en la respectiva absolución, así como a lo tratado en la audiencia de vista, la solución de la presente controversia consiste en determinar si el rechazo de cobertura basado en enfermedad preexistente, resulta o no legítimo.

**SETIMO:** Conforme se aprecia de los documentos que obran en el expediente, el seguro relativo a la reclamación correspondería a una póliza grupal o colectiva, que permite diferenciar entre la parte contratante no asegurada (BANCO .................. frente a ..................) y el asegurado no contratante, de manera que, para efectos que sean exigibles las estipulaciones pertinentes de dicho contrato de seguro al cual se afilió el asegurado no contratante, es absolutamente indispensable que haya sido informado de ellas, información que debe ser oportuna, suficiente y adecuada. De no ser así, las respectivas condiciones contractuales, como, por ejemplo, el régimen de exclusiones, o las cargas a cumplirse en caso de ocurrencia de un siniestro, no serán oponibles al asegurado, conforme a lo sancionado en el artículo 137 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro*.*

En este oden de ideas, la DEFASEG ha establecido un criterio consistente y uniforme respecto a los rechazos por exclusión de cobertura, en dichas pólizas grupales, estableciendo que se deben examinar al menos tres cuestiones: (i) ¿el contrato de seguro contiene la exclusión invocada?, (ii) de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿la misma es oponible, esto es, surte efectos frente al asegurado?, por último, de ser también afirmativa la respuesta anterior, (iii) ¿se incurrió efectivamente en el supuesto de hecho que corresponde a la exclusión?

***7.1. Oponibilidad de la exclusión:***

Respecto al primer aspecto, Pacífico remitió con fecha 06 de abril de 2020, la póliza grupal, la cual contiene la cláusula adicional denominada Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, la cual en su cláusula quinta contiene la siguiente exclusión:



A su vez, respecto del segundo aspecto, la aseguradora ha presentado el certificado de seguro suscrito por el asegurado, donde la preexistencia figura como una exclusión del seguro, conforme al siguiente detalle:



En consecuencia, al haber verificado la existencia contractual de la exclusión por preexistencia y que la misma fue puesta en conocimiento del asegurado, esta resulta válidamente oponible al asegurado.

Corresponde, entonces analizar si se incurrió efectivamente en la situación de exclusión prevista.

***7.2. Preexistencia de la enfermedad:***

En este caso, obra en el expediente el Dictamen COMAFP que reconoce la condición de Invalidez Total y Permanente, y en el que se aprecia como fecha de ocurrencia de la invalidez, 21 de junio de 2019, esto es una fecha anterior a la incorporación al seguro. Cabe señalar que como anexo al dictamen figura el informe médico de la 1ª evaluación de impedimento y en el cual, el médico consultor detalla los antecedentes de la enfermedad de Arnold Chiari tipo I, que figura entre los diagnósticos que determinan la situación de invalidez, refiriendo que el asegurado fue operado en enero de 2018, teniendo una mejoría pero posteriormente sus síntomas se acentuaron, y en diciembre de 2018 la pierna derecha ya no le respondería, le indicaron terapias, y sigue detallando la progresión de la enfermedad. A continuación se copia parte pertinente de dicho documento.



(…)



Todo lo cual acredita que dicha enfermedad no solo fue diagnosticada en forma previa a la contratación del seguro, sino que ya venía generando un menoscabo en el asegurado antes de diciembre de 2019 (fecha de la incorporación al seguro), siendo en consecuencia, prexistente al seguro.

**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 reclamacióninterpuesta por.................. contra .................., dejando a salvo el derecho del reclamante de acudir ante las instancias que considere pertinentes.

Lima, 08 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**