RESOLUCIÓN N° 048/21

**Vistos:**

Que, mediante escrito del 9 de febrero de 2021, don.................. interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que .................. otorgue cobertura al siniestro ocurrido el 21 de diciembre de 2020 y que corresponde a la intervención quirúrgica por apendicitis y que derivó en su internamiento por tres (3) días, de acuerdo a los términos y condiciones del Seguro de Protección Familiar – 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.html>);

Que, conforme al Reglamento de la DEFASEG, atendiendo a la cuantía de la reclamación, que no supera US$ 3,000 (o su equivalente en moneda nacional), esta última puede ser resuelta por un Órgano Resolutivo Unipersonal (ORU), el mismo que, en el presente caso, está a cargo del vocal que suscribe;

Que, habiéndosele corrido traslado de la respectiva reclamación el 10 de febrero de 2021 y no obstante haber solicitado el 19 de febrero de 2021 la ampliación del plazo reglamentario para presentar sus descargos y la documentación requerida, .................. no realizó esto último dentro del plazo correspondiente. Sin embargo, con fecha 14 de abril de 2021, .................. presentó finalmente sus descargos y la documentación solicitada.

Que, con fecha 26 de abril de 2021 se realizó la audiencia de vista virtual, con la participación de ambas partes en la plataforma electrónica habilitada para dicho efecto por la secretaría técnica de la DEFASEG, siendo que ambas sustentaron su respectiva posición sobre la reclamación, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este ORU, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta resumidamente en lo siguiente: a) El 21 de diciembre de 2020 fue intervenido quirúrgicamente por una apendicitis en la Clínica Cayetano Heredia, de Huancayo, habiendo estado internado por tres (3) días, 21, 22 y 23 de diciembre de 2020, según consta de la documentación que al efecto acompaña, b) Habiendo solicitado el otorgamiento de cobertura por intervención quirúrgica, ello fue rechazado por .................., señalando que no estuvo internado por cinco (5) días conforme lo exige la póliza, sino sólo por dos (2) días, 22 y 23 de diciembre de 2020, lo cual es totalmente falso, c) Se destaca que nunca tuvo conocimiento que para reclamar la cobertura necesitaba estar internado al menos por cinco (5) días, porque de haberlo sabido se hubiese quedado internado en la clínica, empero, ello no hubiese sido adecuado por la pandemia que afecta al país, lo cual hubiese implicado un mayor riesgo de contagio, y d) Más allá que haya estado internado por dos (2) o tres (3) días, lo cierto es que fue inevitable someterse a la cirugía, para salvaguardar su vida e integridad física; en consecuencia, solicita que se disponga que .................. proceda a la devolución de los gastos por operación, análisis clínicos y medicamentos, acompañando los sustentos correspondientes;

Que, por su parte, ratificando el rechazo de cobertura, .................. expresa resumidamente lo siguiente: a) La solicitud de cobertura fue rechazada porque el asegurado no estuvo internado, con relación a la intervención quirúrgica a la cual fue sometido, al menos cinco (5) días, conforme lo exige la póliza contratada (artículo 23 de las condiciones generales de contratación del seguro), y b) Conforme a lo anterior, dado que el período de días por el cual estuvo internado el reclamante no corresponde al mínimo acordado para fines de extender cobertura por cirugía, el rechazo se encuentra justificado, dado que lo establecido en el contrato es de obligatorio cumplimiento, siendo además pertinente destacar la aplicabilidad de la sétima regla interpretativa contenida en el artículo IV de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro, conforme a la cual, la cobertura, las exclusiones, la extensión del riesgo y los derechos del asegurado previstos en un contrato de seguro deben interpretarse literalmente;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este ORU pueda expedir su pronunciamiento sobre el caso sometido a su conocimiento, sobre la base de la información y de los documentos que obran en el expediente, así como de lo tratado en la audiencia de vista;

**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, respecto de rechazos o liquidación de cobertura de siniestros; 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, todas aquellas reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura y pago de indemnizaciones, como pueden las pretensiones indemnizatorias por daños y perjuicios, por reembolso de gastos, o relativas a idoneidad de servicios, son ajenas a la competencia funcional de esta Defensoría.

**Tercero:** Que, 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:** Que, 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:** Que, conforme alartículo 196 del Código Procesal Civil, la carga de la prueba corresponde a quien afirma hechos que configuran su pretensión, o a quien los contradice alegando nuevos hechos, salvo disposición legal diferente.

**Sexto:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida radica en determinar si se encuentra justificado o no el rechazo de cobertura.

6.1. Conforme ha sido tratado en la audiencia de vista, el asegurado reconoce haber recibido la póliza de seguro, empero, afirma que la misma no contenía las condiciones generales de contratación que son invocadas por .................. para justificar el rechazo de cobertura, sin perjuicio que admite que no leyó el contrato de seguro, no sólo por su extensión sino porque además estaba impreso en letras de tamaño reducido y conteniendo una serie de estipulaciones difíciles de apreciar. Este ORU ha tenido a la vista el texto de la póliza presentada por .................. y aprecia que el correspondiente documento electrónico contiene, un resumen (conforme a las exigencias de la Ley Nro. 29946 – ley del Contrato de Seguro, y normativa de la SBS) en el cual se indica lo siguiente:



 El asegurado niega haber recibido las Condiciones Generales de Contratación, a pesar que las misma forman parte del documento electrónico indivisible que le fue remitido en su oportunidad, y que el resumen de la póliza (que no niega haber recibido) se remite expresamente a tales Condiciones Generales de Contratación.

 A juicio de este ORU, en la hipótesis que las Condiciones Generales de Contratación correspondiesen a un documento electrónicamente divisible y que no hubiese sido entregado efectivamente al asegurado, debe destacarse que, de la simple lectura del resumen de la póliza, si se hubiese cuidado de leerlo, el asegurado hubiese podido advertir que la documentación recibida estaba incompleta y, por ende, estaba en la posibilidad de solicitar, de exigir, que se le entregue de manera completa. Empero, el asegurado no habría realizado gestión alguna, siendo que la falta de diligencia en revisar y leer los documentos recibidos, con mayor razón cuando se trata de un contrato de previsión como lo es un seguro, debe ser soportada por el asegurado para desincentivar comportamientos negligentes, máxime cuando un resumen sirve como una breve presentación de los principales aspectos del seguro que un asegurado con elemental diligencia debe cuidar mínimamente de leer.

 Conforme a lo anterior, siendo que el documento remitido electrónicamente es indivisible (la numeración es inclusive continua de las condiciones especiales y generales, integrando la póliza), e incorpora a las condiciones generales, y que el mismo contiene un resumen que permite rápidamente al asegurado remitirse al régimen contractual sobre las coberturas contratadas para conocer sus alcances, este ORU estima que no es controvertido que .................. entregó oportunamente la póliza (bajo el régimen de entrega bajo medios electrónicos), incluyendo las Condiciones Generales de Contratación, por lo que si el asegurado no cuidó de revisarlas, de leerlas, queda bajo su ámbito de responsabilidad, pero sin que dicha omisión pueda ser opuesta a la aseguradora.

6.2. Ahora bien, el artículo 23 de las Condiciones Generales de Contratación establecen lo siguiente sobre la cobertura por cirugía:



 Conforme se aprecia, las Condiciones Generales de Contratación establecen que sólo se cubren ciertas cirugías, y no otras, y que las mismas deben haber requerido al menos de cinco (5) días de hospitalización, siendo esto último precisamente en fundamento del rechazo comunicado en su oportunidad.

 Ello es una condición de cobertura y corresponde al riesgo finalmente delimitado y aceptado por .................., sobre lo cual se estructura la prima. Exigir cobertura sin observar dicha condición implica afectar directamente el riesgo aceptado por la aseguradora, así como atentar contra el principio de mutualidad del sistema de seguros.

 De acuerdo a lo anterior, no resulta posible, tal como ha planteado el reclamante en la audiencia de vista, que, en todo caso, se le reconozca proporcionalmente la cobertura por el plazo de tres (3) días en que estuvo hospitalizado. Menos resulta posible extender la cobertura a conceptos que no han sido pactados, (medicinas, pruebas, etc.) dado que la cobertura por cirugía implica, de acuerdo al contrato de seguro, un pago único por todo concepto, que no corresponde a un tope, a una suma máxima, tal como consta en las Condiciones Particulares de la póliza, a las cuales se remite la condición general correspondiente:



 Se aprecia que el rechazo se encuentra debidamente sustentado porque la hospitalización del asegurado, por causa de la cirugía a la cual fue sometido, no excedió de tres (3) días como el mismo lo reconoce, por lo que se está un supuesto de carencia de cobertura.

Atendiendo a lo expresado, este Órgano Resolutivo Unipersonal concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento, por lo que

**SE RESUELVE:**

**Declarar INFUNDADA** la reclamación interpuesta por don.................. contra .................., dejándose a salvo su derecho para recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 27 de abril 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.***

**Marco Antonio Ortega Piana – Vocal**