RESOLUCIÓN N° 063/21

**Vistos:**

Que, con fecha 17 de marzo de 2021, y habiendo presentado un escrito complementario el 23 de marzo de 2021, doña ................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que ................... otorgue cobertura al siniestro ocurrido el 8 de enero de 2021, y que corresponde al lamentable fallecimiento de su señora madre, doña ..................., quien fue asegurada dependiente, de acuerdo a los términos y condiciones del Seguro de Asistencia 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, habiéndosele corrido traslado de la respectiva reclamación el 29 de marzo de 2021, ................... con fecha 6 de abril de 2021 solicitó la ampliación del correspondiente plazo reglamentario para presentar sus descargos y la documentación requerida, siendo que absolvió finalmente el trámite el 28 de abril de 2021;

Que, con fecha 24 de mayo de 2021 se realizó la audiencia de vista virtual, con la sola participación de la reclamante en la plataforma electrónica habilitada por la secretaría técnica de la DEFASEG, la que sustentó los alcances de su reclamación, absolviendo las diversas preguntas formuladas por este colegiado, habiéndose dejado constancia de la inasistencia de la aseguradora, conforme consta de la correspondiente acta;

Que, la reclamación interpuesta se sustenta resumidamente en lo siguiente: a) El 26 de febrero de 2010, contrató la Póliza de Protección Familiar Nro. ..................., por la prima mensual de S/. 35.00, siendo la asegurada titular la reclamante y la asegurada dependiente su señora madre, doña ..................., de 60 años de edad a dicha fecha, b) Habiendo fallecido su madre el 8 de enero del 2021, solicitó la activación del seguro, destacando que al momento del deceso pagaba una prima mensual que se había sido incrementada desde marzo de 2020 a S/. 39.12, aunque desde marzo de 2021 ha sido reducida a S/. 22.76, c) Mediante comunicación ..................., de fecha 3 de febrero de 2021, ................... negó la cobertura solicitada, señalando que de acuerdo a la correspondiente acta de defunción se evidenciaba que, a la fecha de su fallecimiento, la asegurada dependiente contaba con 71 años de edad, por lo que el seguro ya no amparaba su fallecimiento, conforme al artículo 6, inciso b), de las condiciones generales de la correspondiente póliza, d) Dicha disposición contractual establece que la edad máxima de ingreso al seguro es hasta los 65 años, y la edad límite de permanencia en la póliza es hasta los 70 años, e) Empero, se destaca que ello sólo refiere a la asegurada titular, ya de aplicar a la asegurada dependiente, ésta debió ser retirada de la póliza cuando cumplió 70 años y no seguir cobrando la prima mensual de S/. 39.12 por ambas aseguradas, f) Destaca que, conforme a las definiciones de la póliza, el asegurado es la persona detallada en el certificado individual del contrato de seguros y que se encuentra cubierta por la suma asegurada, siendo que el asegurado es el contratante y titular de la póliza y el obligado al pago de las primas. Asimismo, ese define como contratante a la persona jurídica o natural que suscribe el contrato de seguro, siendo generalmente el mismo asegurado. Conforme a ello, lo dispuesto sobre la edad de permanencia en la póliza es aplicable sólo a la asegurada como contratante y titular de la póliza, y no a la asegurada dependiente, y g) Al no haberse retirado de la póliza vigente a su señora madre al momento en que cumplió 70 años de edad (24.04.2019), y habiendo seguido ................... cobrando la prima mediante el descuento mensual de S/. 39.12, ello evidencia que la póliza está vigente, siendo exigible por la cobertura contratada para la asegurada dependiente. En consecuencia, solicita que se disponga el otorgamiento de cobertura;

Que, por su parte, ratificando el rechazo de cobertura en el extremo reclamado, ................... expresa resumidamente lo siguiente en sus descargos: a) De acuerdo al artículo 22, inciso d), de las condiciones generales de la póliza, para ser asegurado se requiere observar las condiciones siguientes, tanto para los asegurados titular como dependiente: edad mínima de ingreso, 18 años; edad máxima de ingreso, 64 años y 364 días; edad máxima de permanencia, 70 años y 364 días, siempre y cuando el asegurado titular perciba una remuneración (salario o pensión), b) Conforme a lo anterior, al momento del lamentable fallecimiento, la asegurada dependiente ya había sobrepasado el límite máximo de permanencia en la póliza, por lo que su fallecimiento carece de cobertura conforme a la pactado, y c) Se destaca finalmente que, conforme a lo establecido en el artículo IV, sétima regla interpretativa, de la Ley del Contrato de Seguro, lo relativo a la cobertura debe interpretarse literalmente, al igual que las exclusiones y, en general, la extensión del riesgo;

Que, atendiendo a los descargos expresados por la aseguradora, mediante escrito presentado el 11 de mayo de 2021, la reclamante realizó resumidamente las precisiones siguientes: a) De acuerdo a la póliza que contrató y que se le entregó en su oportunidad, lo relativo a la permanencia estaba regulado en el artículo 6, inciso b) de las respectivas condiciones generales, lo cual está referido al asegurado titular, al ser el contratante, y no al asegurado dependiente, siendo que dicha disposición no corresponde a lo señalado y presentado por la aseguradora, y b) Se destaca además que, atendiendo a ello, se le siguió cobrando una prima mensual por la permanencia tanto de la asegurada titular y de la dependiente, hasta febrero de 2021, pese a que su madre cumplió 70 años el 24 de abril de 2020, por lo que su fallecimiento al 8 de enero de 2021 cuenta con cobertura conforme a la propia póliza;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este colegiado 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 comunicado en su oportunidad por la aseguradora.

6.1. De acuerdo a la reclamante, conforme al condicionado general que habría recibido en su oportunidad y que ha cuidado de presentar como material probatorio, en atención a la definición de asegurado y de contratante contenida en la póliza, debe entenderse que la limitante de edad para la permanencia en el seguro sólo aplica al asegurado titular, por ser el contratante, y no a los asegurados dependientes, ya que el condicionado general al enunciar la limitante sólo menciona al asegurado, termino éste que identifica con el contratante, siendo que el asegurado dependiente no es contratante. Y, de manera adicional, también destaca la propia conducta de la aseguradora, la misma que corrobora lo anterior, porque al cumplir los 70 años su madre no fue excluida, habiéndose seguido cobrando la respectiva prima mensual, cuyo importe total correspondía a la inclusión tanto de la asegurada titular como de la asegurada dependiente en la póliza.

6.2. Corresponde, conforme a ello, verificar qué es lo que señala la póliza contratada en su oportunidad.



Conforme se aprecia, el otorgamiento de cobertura está sujeto a las condiciones pactadas, sean generales, particulares y especiales, así como cláusulas adicionales y endosos. Es así que requiere examinarse dicho condicionado, e interpretarlo de ser el caso, para determinar si corresponde o no la cobertura reclamada.

6.3. El artículo 6 de las Condiciones Generales establece lo siguiente:



Conforme se aprecia, lo que se indica expresamente es que la edad máxima de permanencia en la póliza es hasta los 70 años, entendiéndose que ello esta referido a los asegurados, máxime cuando a continuación hay un régimen especial para asegurados hasta los 65 años.

Adviértase que el texto de la condición general no discrimina si el asegurado es titular o dependiente, sino que se refiere a la categoría general de asegurado, sin hacer diferencias.

6.4. De otro lado, en su rubro de definiciones, las señaladas Condiciones Generales establecen lo siguiente:





Se aprecia objetivamente dos temas importantes para fines de la resolución del presente caso. Primero, el asegurado es quien se encuentra identificado como tal en el certificado de seguro, es el titular del interés asegurable. Dicho asegurado puede ser, a su vez, titular y dependiente (incorporado por el titular). El asegurado es el contratante y titular, no cabe duda, pero en atención a que hay asegurados dependientes, se colige que éstos no son contratantes ni titulares, pero no por ello dejan de ser asegurados. Segundo, el hecho que el contratante sea generalmente el asegurado, no identifica absolutamente ambas categorías jurídicas, porque no todo contratante requiere ser asegurado. Si el contratante fuese una persona jurídica, es evidente que no puede ser asegurado en una póliza de protección familiar.

6.5. Siendo así las cosas, del texto contractual que es, en principio, totalmente vinculante, no se aprecia el sustento objetivo de la posición de la reclamante, en el sentido que interpreta que el límite temporal de permanencia sólo aplicaría al asegurado titular, cuando el enunciado es amplio y, por consiguiente, comprende a cualquier asegurado, sea titular o dependiente, porque ambos son finalmente asegurados. Este colegiado no encuentra fundamento en el texto del contrato para sostener que el límite de permanencia sólo operaría para los asegurados titulares, y no para los asegurados dependientes. Es más, el texto anteriormente reproducido se limita a enunciar que la edad máxima de permanencia es de 70 años, sin entrar a mayores detalles, ni a distinguir sobre si se trata de un asegurado titular o no.

No habiendo duda razonable sobre los alcances del pacto contractual sobre la edad máxima de permanencia, no corresponde aplicar:

1. El artículo II de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro, que dispone lo siguiente: *“El contrato de seguro se rige por los siguientes principios: (…) f) Las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del asegurado”*. Conforme a ello, tratándose de un contrato prerredactado, por adhesión, de constatarse ambigüedad, falta de precisión, oscuridad, en una estipulación, debe optarse por la interpretación que sea la más conveniente para el asegurado, como parte no predisponente, como parte débil. Sin embargo, en el presente caso no existe dicha falta de precisión o claridad, porque la reclamante pretende incorporar en el texto contractual un condicionamiento inexistente.
2. El artículo IV de la Ley del Contrato de Seguro, al regular el régimen de interpretación contractual, establece como tercera regla lo siguiente: *“Los términos de contrato que genere ambigüedad o dudas son interpretados en el sentido y con el alcance más favorable al asegurado. La intermediación a cargo del corredor de seguros no afecta dicha regla ni la naturaleza del seguro como contrato celebrado por adhesión”*.  *Ergo*, de no haber duda sobre los alcances contractuales, no corresponde inclinarse por la interpretación que sea más favorable para la parte o predisponente, el asegurado, en este caso.

6.6. Según fue destacado en la audiencia de vista, este colegiado asume que, si el texto contractual refiere a asegurados, y no diferencia entre titular y dependiente, sería arbitrario realizar dicha distinción y postular que sólo aplica a uno de ellos. Ese postulado, para ser admitido, debería fundamentarse en el propio texto que así lo sugiera, o porque se refiere contextualmente a una determinada situación en la cual tenga sentido que sólo se aplique a una clase de asegurados, pero de no haber tales elementos de juicio, ante el texto claro, no corresponde pretender modificarlo en vía de una supuesta interpretación.

6.7. Tratándose del argumento fáctico invocado por la reclamante, en el sentido que, no obstante su señora madre ya había cumplido 70 años, siguió pagando una prima total que la comprendía en la cobertura contratada, lo cual evidencia que la restricción de permanencia no aplicaba para la asegurada dependiente sino sólo para la titular, este colegiado no lo comparte ni acepta.

Adviértase que el argumento de la reclamante no es que, por hechos propios, la aseguradora haya inaplicado el límite de edad para la permanencia de la póliza, porque su argumento es simplemente que dicho límite no aplica para los asegurados dependientes. En ese caso, de acuerdo a ley, para que una determinada actuación correspondiese a una declaración tácita de voluntad, debe ser incontrastable, indubitable, siendo que al mediar una declaración de descuento en la remuneración, la misma se aplica en principio hasta que el interesado (el trabajador, en este caso, la reclamante) instruya lo contrario, pudiendo ser que las sumas cobradas obedezca a un error operativo de la aseguradora, porque al estar en clara contradicción con el texto contractual (que la reclamante no niega conocer), lo lógico y razonable hubiese sido formular una consulta a la aseguradora para esclarecer si el pago en exceso significaba no una inaplicabilidad de la edad máxima de permanencia.

En cualquier caso, como ya ha sido señalado, dado que la póliza no diferencia entre asegurado titular y dependiente, debe entenderse que el límite de permanencia opera para ambos por igual, siendo que la circunstancia que haya mediado unos pagos (o, desde otra perspectiva, unos cobros) indebidos por cierto tiempo, no enerva los alcances del expreso pacto contractual, por lo que desde momento mismo en que la asegurada dependiente cumplió 70 años, quedó con ello excluida de cobertura, careciendo de legitimidad la prima pagada, debiéndose proceder a su devolución por parte de ..................., por carecer de título contractual de respaldo, bajo responsabilidad.

6.8. Atendiendo a lo analizado precedentemente, este colegiado concluye que el rechazo de cobertura contenido en la carta de ...................Nro. ..................., del 3 de febrero de 2021, se ajusta a los términos y condiciones contractuales, dado que la señora ................... había dejado de ser asegurada dependiente por límite de edad desde el preciso instante que cumplió 70 años, operando un plazo resolutorio con efectos de pleno derecho, por lo que su fallecimiento carece de cobertura.

6.9. Por último, tratándose de la prima pagada por la reclamante, en exceso, desde que su señora madre dejó de ser asegurada dependiente (al cumplir los 70 años de edad), corresponde que ...................proceda a su inmediata e incondicional devolución, bajo responsabilidad.

Atendiendo a lo expresado, este colegiado 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 doña ..................., dejando a salvo su derecho de acudir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 27 de mayo de 2021

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

**Marco Antonio Ortega Piana – Presidente**

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Vocal**

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Vocal**

**Gonzalo Abad del Busto - Vocal**