



FACULTAD DE DERECHO

**INFORME JURÍDICO DE EXPEDIENTE
ADMINISTRATIVO N° 014-2019/CPC-INDECOPI-TAC**



**PRESENTADO POR
DANIEL ALEJANDRO VELASCO ALFARO**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADO**

**LIMA – PERÚ
2023**

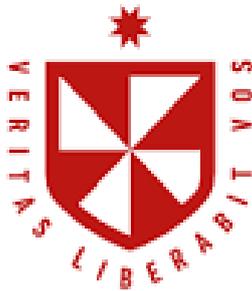


CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad
de Derecho

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título de Abogado

**Informe Jurídico sobre Expediente N° 014-2019/CPC-
INDECOPI-TAC**

Materia : Protección al Consumidor

Entidad : INDECOPI

Bachiller : Daniel Alejandro Velasco Alfaro

Código : 1995115721

LIMA – PERÚ

2023

El presente informe jurídico versa sobre el procedimiento administrativo sancionador incoado por el señor R.T.O., el mismo que se inicia con la denuncia presentada por dicha parte contra la empresa La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A. por supuestas infracciones al Código de Protección y Defensa del Consumidor, la misma que fue interpuesta ante la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi – Tacna.

Tenemos que el denunciante alegó en su denuncia que la empresa denunciada no le habría brindado un servicio idóneo ya que le denegó la cobertura del seguro de desgravamen contratado, especificando que la segunda operación que le realizaron a éste el 17 de diciembre de 2014 estaría siendo desconocida por la empresa aseguradora denunciada.

En primera instancia, la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi – Tacna, mediante Resolución Final N° 0195-2019/INDECOPI-TAC de fecha 06 de diciembre de 2019 resolvió declarando fundada la denuncia presentada por el señor R.T.O. por infracción al artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, debido a que, a decir de este órgano administrativo, había quedado acreditado que la empresa aseguradora denunciada había denegado de manera injustificada la cobertura del seguro de desgravamen contratado.

Sin embargo, luego de apelada esta resolución final por parte de la empresa denunciada, La Positiva Vida, la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI, mediante Resolución N° 0038-2021/SPC-INDECOPI de fecha 07 de enero de 2021, revocó lo resuelto por la mencionada Comisión en primera instancia en el extremo que declaró fundada la denuncia interpuesta, declarándola infundada; ello, porque para este Colegiado había quedado acreditado que el denunciante sí había sido informado de que una de las causales de exclusión de la cobertura del seguro era padecer enfermedades o lesiones preexistentes al momento de la contratación de dicho seguro, dejando sin efecto también la multa interpuesta.

NOMBRE DEL TRABAJO

VELASCO ALFARO.rtf

RECUENTO DE PALABRAS

7667 Words

RECUENTO DE PÁGINAS

29 Pages

FECHA DE ENTREGA

Sep 5, 2023 4:13 PM GMT-5

RECUENTO DE CARACTERES

42082 Characters

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.0MB

FECHA DEL INFORME

Sep 5, 2023 4:14 PM GMT-5**● 20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 7% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



USMP FACULTAD DE DERECHO
Dr. GINO RIOS-PATIO
Director del Instituto de Investigación Jurídica

GRP/
REB

INDICE

I. RELACIÓN DE LOS PRINCIPALES HECHOS EXPUESTOS POR LAS PARTES INTERVINIENTES EN EL PROCEDIMIENTO	5
1.1 Denuncia	5
1.2. Admisión de la denuncia	6
1.3. Descargos presentados por el proveedor denunciado	7
1.4. Resolución Final de la Comisión de la Oficina Regional de Tacna	11
1.5. Recurso de apelación	13
1.6. Resolución Final de segunda instancia	16
II. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS DEL EXPEDIENTE	17
2.1. Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de desgravamen contratado, por no haber informado al consumidor denunciante sobre las exclusiones del mismo al momento de la contratación	17
2.2. Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de desgravamen contratado, alegando que la discapacidad del consumidor denunciante no era la que calificaba como tal, contractualmente	18
III. POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS IDENTIFICADOS	20
3.1. Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de desgravamen contratado, basado en no haber informado al consumidor denunciante sobre las exclusiones del mismo al momento de la contratación	20
3.2. Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de	

desgravamen contratado, basado en que la incapacidad del consumidor denunciante, no era la que calificaba como tal en el contrato de seguro 22

IV. POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LAS RESOLUCIONES EMITIDAS 24

4.1. Resolución emitida por la Comisión de Protección al Consumidor de la Oficina Regional de Tacna 24

4.2. Resolución emitida por la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI..... 26

V.CONCLUSIONES..... 28

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 28

VII.ANEXOS..... 29

I. RELACIÓN DE LOS PRINCIPALES HECHOS EXPUESTOS POR LAS PARTES INTERVINIENTES EN EL PROCEDIMIENTO.

1.1 Denuncia.

Tenemos que, con fecha 02 de abril de 2019 el señor RTO interpuso denuncia contra la empresa aseguradora La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A., ante la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Tacna; ello, porque, según los fundamentos de la misma, habría cometido infracción al Código de Protección y Defensa del Consumidor (aprobada mediante Ley N° 29571).

Los hechos resumidos y condensados por los cuales interpuso esta denuncia fueron los siguientes:

- ✚ El denunciante RTO, el 30 de octubre del 2012, había adquirido un crédito de la CMACT S.A., por la suma total de S/ 24,000.00.- (Veinticuatro Mil Soles), habiendo contratado, a su vez, el respectivo Seguro de Desgravamen (Póliza N° 330677-0055295) con la denunciada La Positiva Vida.
- ✚ De otro lado, con fechas 03/12/2014 y 14/12/2014, el denunciante fue operado de la rodilla izquierda, por medio de la cual le colocaron una prótesis total en la misma, lo que le habría ocasionado discapacidad severa.
- ✚ Sin embargo, el denunciante señaló que fue, respecto de la segunda operación que le practicaron, que la empresa aseguradora La Positiva Vida se habría negado injustificadamente a otorgarle la respectiva cobertura del seguro que había contratado (referido en los párrafos precedentes) por invalidez total y permanente.
- ✚ El denunciante señaló que en el documento de la Póliza que había sido entregada por la empresa aseguradora denunciada, no se establecía en ningún extremo que una de las causales de exclusión de la cobertura era que el supuesto pudiera configurarse como consecuencia de una enfermedad o lesión preexistente.

- ✚ Es por ello que el denunciante petitionó en su denuncia, como medida correctiva, que la empresa aseguradora denunciada cumpliera con otorgarle la cobertura del seguro que reclamaba.

1.2 Admisión de la Denuncia.

Respecto a este tema, es preciso señalar que, en primer término, la Secretaría Técnica de la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Tacna, mediante Resolución N° 01 de fecha 13 de mayo de 2019, resolvió requiriendo al denunciante RTO que, en el plazo improrrogable de 02 días hábiles, cumpliera con identificar correctamente a los proveedores denunciados, identificando su razón social, número de RUC y domicilio respectivo; entre otros aspectos. Asimismo, que detallara los hechos que sustentaban cada una de las supuestas infracciones denunciadas y que, cada una de las alegaciones formuladas por su parte, tenían que estar sustentadas por los respectivos medios probatorios; todo ello bajo apercibimiento de declarar inadmisibles las denuncias.

Con fecha 20 de mayo de 2019, el denunciante respondió a las observaciones formuladas, ya referidas, señalando su domicilio, mas no el número de RUC del proveedor denunciado, alegando desconocerlo. Sin embargo, sí adjuntó una copia del seguro de desgravamen, un informe médico emitido por Essalud que daba cuenta de su discapacidad severa y declaraciones juradas respecto de documentos que no poseía.

Es así que, con fecha 07 de junio de 2019, mediante resolución N° 02, la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Tacna, resolvió admitiendo a trámite la denuncia presentada por RTO en los siguientes términos:

- ✚ La aseguradora denunciada La Positiva Vida no habría cumplido con brindar un servicio idóneo al consumidor denunciante RTO ya que habría denegado de forma injustificada la aplicación de la cobertura pactada en la Póliza de Seguro de Desgravamen N° 330677-005595, lo que fue informado a su persona mediante Carta N° 037-2019-AG.PRINCIPAL/CMAC TACNA; conducta que podría constituir una

infracción al artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor.

✚ Asimismo, la Comisión:

- a) Le corrió traslado a la aseguradora denunciada para que apersonara a su representante legal;
- b) Señalara domicilio procesal dentro de la jurisdicción de la ciudad de Tacna;
- c) Formulara sus descargos dentro del plazo de 05 días hábiles perentorios;
- d) Le requirió también a la aseguradora denunciada para que, en el plazo de 05 días hábiles, presentara *i)* copia de la carpeta generada en relación al siniestro materia de Litis, que incluyese el documento mediante el cual se dio inicio al procedimiento; y *ii)* copia de la Póliza de Seguro de Desgravamen, añadiendo que debía incluir el cargo de recepción de la mencionada póliza o similar, así como el traslado de las exclusiones y certificado de seguro correspondiente; todo ello, debidamente suscrito por el asegurado denunciante RTO; bajo apercibimiento, en caso de incumplimiento, de iniciarle un procedimiento administrativo sancionador por dicha omisión.
- e) Del mismo modo, citó a una audiencia de conciliación fijándola para el día 23 de julio de 2019.

1.3 Descargos presentados por la aseguradora denunciada.

Cabe señalar primero que, con fecha 25 de junio de 2019, la empresa aseguradora denunciada presentó un escrito ante la Comisión del Indecopi solicitando la prórroga del plazo por 15 días hábiles, para la presentación de sus descargos y también para el cumplimiento del requerimiento de información ordenada, en atención de lo dispuesto en el artículo 145.2 de la Ley del Procedimiento Administrativo General (este mismo escrito fue presentado por correo electrónico con fecha 21 de junio de 2019).

Mediante resolución N° 03 de fecha 08 de julio de 2019 la Comisión, atendiendo el pedido de la empresa aseguradora señalado en el párrafo

precedente, otorgó un plazo adicional de 10 días hábiles, a fin de que pudiese cumplir con el requerimiento de información ordenado y también la presentación de sus descargos.

Del mismo modo, cabe señalar también que la audiencia señalada para el día 23 de julio de 2019 sí se llevó a cabo con la presencia de la representante de la empresa aseguradora denunciada, La Positiva Vida, mas no del denunciante RTO, quien no acudió a la misma; haciendo hincapié que esta se realizó antes de la presentación formal de los descargos e información solicitada.

Así, con fecha 05 de agosto de 2019, la empresa aseguradora denunciada, La Positiva Vida presentó sus descargos ante la Oficina Regional de la Comisión del Indecopi, señalando lo siguiente:

- ✚ Que, con fecha 30 de octubre de 2012, el denunciante RTO adquirió un crédito en la CMT por la suma de S/ 20,000.-, junto con lo cual contrató el seguro de desgravamen materia de Litis, suscribiendo la Póliza.
- ✚ Que, en las condiciones de dicho seguro de desgravamen, las mismas que habrían sido puestas en conocimiento del denunciante y que por ello, éste las conocía, se había establecido con claridad que éste cubría únicamente los supuestos de muerte accidental, muerte natural e invalidez total y permanente por accidente o enfermedad.
- ✚ Del mismo modo, señaló la empresa aseguradora denunciada, que, entre las exclusiones del seguro contratado, se había establecido de manera expresa y clara que la póliza, entre otros supuestos, no cubría los siniestros del prestatario *“a consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren preexistentes a inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado”*.
- ✚ Que, en virtud de ello, si un asegurado no se encontrase dentro de los supuestos de cobertura de la póliza contratada o, por el contrario, se encontrase dentro de las causales de exclusión de la misma, dicha empresa no se encontraba obligada a otorgar la cobertura peticionada por el consumidor.

- ✚ Entonces, la empresa aseguradora denunciada argumentó ante la Comisión que, de la revisión de las comunicaciones efectuadas por el consumidor denunciante RTO de fechas 01 de junio de 2015, 22 de junio de 2015, 05 de marzo de 2017 y 12 de marzo de 2017 se tenía que éste le habría comunicado a La Positiva Vida que desde el 16 de junio de 1978 tenía una invalidez parcial (amputación de la pierna derecha), la que generó que el 03 de diciembre de 2014 fuera intervenido quirúrgicamente; y, además, que en mérito también a ello, el 17 de diciembre de 2014, le fuera colocada una prótesis total en la rodilla izquierda.
- ✚ Que, todo lo anteriormente expuesto en el párrafo precedente le habría ocasionado invalidez total y permanente, lo que generó que solicitara la cobertura del seguro de desgravamen contratado.
- ✚ Que, del mismo modo, el señor RTO a fin de acreditar su condición médica, habría adjuntado a sus comunicaciones en primer lugar, el Certificado de Discapacidad N° 1490015 de fecha 17 de noviembre de 2015 y, en segundo lugar, el Informe Médico N° 146-SEQ-DC-GRATA-ESSALUD de fecha 22 de mayo de 2015, documentos que consignaban lo siguiente:
 - Que la amputación de la pierna derecha había sido ocasionada por un accidente de transporte y que, el tiempo de deficiencia, era de 30 años un mes, según la información de la Historia Clínica, siendo que tenía un menoscabo ascendente al 50%.
 - Que el Informe Médico señalaba: *“paciente atendido en el Área de Traumatología desde hace varios años, con antecedente de amputación traumática infracondilla de miembro derecho hace 30 años”*.
- ✚ Entonces, la empresa aseguradora denunciada señaló ante la Comisión que estos medios probatorios señalados anteriormente daban a concluir lo siguiente:
 - Que la discapacidad del denunciante RTO había sido a consecuencia de la amputación de la pierna derecha que había sufrido hacía 30 años, lo que ocasionó que se le colocase una prótesis en la rodilla izquierda en el año 2014.

- Que el consumidor denunciante RTO tenía un menoscabo de solo el 55% de su capacidad.
- ✚ Y, también señalaba la empresa aseguradora denunciada que las disposiciones contenidas en las Condiciones Generales del Seguro de Desgravamen contratado por el denunciante RTO se había definido lo que se consideraba por invalidez total y permanente: *“la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo debido a accidentes ocurridos o enfermedades configuradas durante la vigencia del seguro (...)”*.
- ✚ Que, de los medios probatorios que obraban en el expediente, se podía verificar que el consumidor denunciante tenía únicamente un menoscabo del 55% de su capacidad, lo que implicaba que no se encontrara comprendido dentro de la cobertura del seguro de desgravamen, que señalaba que debía tener, al menos, un 66% de menoscabo de la misma.
- ✚ Que, además, la invalidez que señalaba el consumidor denunciante, se debía a un accidente de tránsito ocurrido hacía más de 30 años, con anterioridad a la contratación del seguro de desgravamen contratado por RTO, ya que los documentos daban cuenta que dicho accidente había ocurrido en el año 1978, mientras que la contratación del seguro sublitis había ocurrido en el año 2012; y que, según las exclusiones de la póliza ya referida, no correspondía otorgar la cobertura peticionada.
- ✚ En conclusión, respecto a este punto, la empresa aseguradora denunciada señaló que la invalidez alegada por el consumidor denunciante era preexistente a la contratación del seguro que se reclamaba, por lo que no se podía coberturar lo solicitado por el denunciante.
- ✚ Que, esta posición de la empresa aseguradora denunciada fue puesta en conocimiento del denunciante mediante cartas de fecha 15 de julio

2015, 04 de febrero de 2019 y 19 de marzo de 2019, mediante las cuales La Positiva Vida había comunicado al consumidor RTO que su petición solicitada no era procedente conforme a las disposiciones del seguro contratado.

- ✚ Que, todo ello hacía concluir que la negativa a otorgar la cobertura del seguro contratado era justificado y no injustificado, como había señalado el consumidor denunciante, no configurándose la alegada infracción al artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor señalado; por lo que debía declararse infundada la denuncia presentada en todos sus extremos.

- ✚ Asimismo, de otro lado, la empresa aseguradora denunciada, cumpliendo el requerimiento de información ordenado, adjuntó i) copia del file del siniestro, el cual contenía todos los documentos y todas las comunicaciones efectuadas entre ésta y el consumidor denunciante RTO; así como ii) copia de la póliza contratada por dicho denunciante y el cargo de entrega de la misma.

1.4 Resolución Final de la Comisión de la Oficina Regional del INDECOPI Tacna.

Mediante Resolución Final N° 0195-2019/INDECOPI-TAC de fecha 06 de diciembre de 2019, la Comisión de la Oficina Regional del INDECOPI de Tacna resolvió declarando fundada la denuncia interpuesta por el denunciante RTO contra La Positiva Vida por infracción al artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, en mérito a los siguientes considerandos:

- ✚ Que, la Comisión consideraba que el rechazo planteado por la empresa aseguradora denunciada para otorgar el seguro de desgravamen contratado estuvo basado principalmente en que el consumidor denunciante se encontraba incurso en las Exclusiones del Seguro, ya que la invalidez alegada por el señor RTO habría sido consecuencia de un accidente de tránsito sufrido en el año 1978, es decir, previamente a la contratación del seguro materia de litis.

- ✚ Que, sin embargo, en el expediente no se encontraba ningún documento que acreditase que, al momento de la contratación del seguro, al consumidor denunciante se le hubiese informado respecto de las Exclusiones del Seguro que no serían materia de cobertura, como serían el Resumen Informativo de Seguro de Desgravamen Individual o el Seguro de Desgravamen Individual y Condiciones Generales, debidamente suscritos por RTO, ya que la Comisión señaló que el único documento relativo a este punto y que se encontraba debidamente firmado por el consumidor denunciante era el “Sumario – Póliza de Seguro de desgravamen - Personas Naturales – Moneda Soles”, de fecha 30 de octubre de 2012, el mismo que no mencionaba las exclusiones del seguro que implicaban el no otorgamiento de la cobertura.

- ✚ Que, en dicho sentido, al no existir en el expediente, algún material probatorio que permitiese verificar que el consumidor denunciante tuvo pleno conocimiento, al contratar el seguro de desgravamen, que las preexistencias no serían consideradas para el otorgamiento de la cobertura del seguro, entonces, no se podía concluir que el rechazo formulado por la empresa aseguradora (que se basó en ello) tenía sustento válido, ya que, a consideración de la Comisión, no era *lógico imponer cargas al asegurado que no hubieran sido debidamente comunicadas de manera oportuna -esto es, al momento de la obtención de los seguros.*

- ✚ La Comisión también puso de resalto que no se encontraba en los documentos que estaban en el expediente la Solicitud del Seguro o la declaración personal de salud debidamente suscritos por el consumidor denunciante, pese a que esta era una condición señalada en el Sumario – Póliza de Seguro de Desgravamen de fecha 30 de octubre de 2012, que el denunciante debía firmar para dar conformidad a la Póliza contratada.

- ✚ De otro lado, la Comisión señaló que otro argumento adicional señalado por la aseguradora denunciada consistía en que el certificado de discapacidad emitido por el Hospital Essalud Red Asistencial de Tacna señalaba que el porcentaje de incapacidad era del 55%, por lo que no era el porcentaje requerido para que califique como invalidez total y permanente; sin embargo, obraba en autos el Informe Médico N° 146 que señalaba que el señor RTO sufría una discapacidad total permanente con un menoscabo del 75% y que este informe sí había sido valorado por la empresa aseguradora denunciada mediante la Carta GTA-2019-01454 de fecha 19 de marzo de 2019.

- ✚ En dicho sentido, la Comisión señaló en este extremo que, al encontrarse el consumidor denunciante dentro de las coberturas señaladas en el Sumario – Póliza de Seguro de Desgravamen y, siendo que sufría una discapacidad total permanente efectivamente configurada, debía declararse fundada la denuncia interpuesta por RTO contra la empresa aseguradora denunciada, ya que estaba acreditado que dicha proveedora sí denegó sin justificación razonable la aplicación de la cobertura establecida en la Póliza del Seguro de Desgravamen materia de reclamo.

- ✚ En este sentido, la Comisión impuso a la empresa aseguradora denunciada una multa ascendente a cinco Unidades Impositivas Tributarias (UIT) por haber infringido el artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, ordenándole como medida correctiva, que cumpliera con hacer efectiva la cobertura de la póliza de seguro contratada por el señor RTO.

1.5 Recurso de Apelación.

Habiendo sido notificada a las partes la Resolución Final N° 0195-2019/INDECOPI-TAC que declaró fundada la denuncia interpuesta, la empresa aseguradora denunciada, con fecha 16 de enero de 2020 (por correo electrónico el 14 de enero del mismo año), interpuso recurso de apelación contra la misma, en mérito a las siguientes consideraciones:

- ✚ La empresa aseguradora denunciada señaló que la Comisión le había imputado un cargo de infracción que inicialmente no le había señalado, alegando que el deber de idoneidad que ahora habría infringido consistía en que no existía medio probatorio alguno que permitiese verificar que dicha denunciada hubiera informado al consumidor denunciante RTO respecto de las exclusiones a la cobertura del seguro contratado.
- ✚ A decir de la empresa aseguradora denunciada esto acarrearía afectación al principio de debido procedimiento administrativo, conculcando su derecho de defensa, señalando que ésta había enfocado su defensa en la presunta infracción al artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, pero se le sancionó por presunto incumplimiento al deber de información prescrito en el artículo 2° del acotado.
- ✚ En mérito a este razonamiento la empresa aseguradora denunciada solicitó como una de sus pretensiones que el superior jerárquico (Tribunal del INDECOPI) declarara la nulidad de todo el procedimiento y retrotrayera las cosas hasta el estado en que se dio inicio al mismo, efectuando una correcta y cabal imputación de cargos, a fin de no limitar el derecho de defensa de dicha parte.
- ✚ Respecto al tema formal de sus pretensiones impugnatorias, la empresa aseguradora denunciada señaló respecto al punto de que no existiría medio probatorio alguno que acreditase que el consumidor denunciante habría sido informado sobre las exclusiones de la cobertura del seguro de desgravamen contratado, al momento de su contratación; que, tal como había señalado a lo largo del procedimiento, RTO había suscrito la póliza sub Litis al momento de la contratación del mismo.
- ✚ Y que, dentro de las condiciones del mismo y que el consumidor denunciante conocía plenamente, se señalaba que el seguro de desgravamen cubría, entre otros, incapacidad total y permanente por accidente o enfermedad. Pero que también, dentro de las exclusiones

del referido seguro se señalaba que éste no tenía cobertura en los casos preexistentes y que hubieran sido de conocimiento del asegurado.

- ✚ Señaló, en este punto la empresa aseguradora denunciada, que estas exclusiones sí habían sido puestas en conocimiento del señor RTO, ya que éste sí había suscrito el documento denominado “Sumario – Póliza de Seguro de Desgravamen”, contrariamente a lo señalado por la Comisión (adjuntaron el documento íntegro a su recurso de apelación).
- ✚ Del mismo modo, la empresa aseguradora denunciada reiteró que en las comunicaciones recibidas de parte del consumidor denunciante RTO, éste había informado a dicha denunciada que desde el año 1978 sufría una invalidez parcial por la amputación de su pierna derecha, lo que generó dos intervenciones quirúrgicas en el año 2014 y que trajeron como consecuencia la colocación de una prótesis en la rodilla izquierda y que acarreó su invalidez total y permanente.
- ✚ También reiteró que de los propios documentos remitidos por el señor RTO, el menoscabo de su capacidad era del 55% y que, según las condiciones del seguro contratado, éste debía ascender a un mínimo del 66% a fin de ser asegurable, por lo que no encajaba en el supuesto para atender lo que solicitaba.
- ✚ Otro punto resaltante que cuestionó la empresa aseguradora denunciada era que el Informe Médico 146 que atribuía un menoscabo de la capacidad del señor RTO en un 75% y que había sido valorado por la Comisión, era de fecha 22 de mayo de 2015; mientras que el Certificado de Discapacidad emitido por Essalud que concluía que el consumidor denunciante tenía un menoscabo de su capacidad en un 55%, era de fecha 17 de noviembre de 2015; es decir, posterior a la emisión del ya referido Informe Médico.
- ✚ Entonces, a decir de la empresa aseguradora denunciada, siendo que el señor RTO tenía en realidad un menoscabo de su capacidad en un 55%,

no correspondía otorgarle la cobertura del seguro de desgravamen que había peticionado.

- ✚ También refirió que la Comisión no había valorado el Certificado de Discapacidad de fecha 21 de octubre de 2019, el que señalaba que la discapacidad del señor RTO como consecuencia de la amputación de su pierna derecha, era de una restricción en su participación equivalente al 38.32%; es decir, menor a todas las anteriores.
- ✚ Respecto de la multa impuesta por la Comisión, ascendente a 5 UITs, la empresa aseguradora denunciada señaló que ésta era arbitraria y que no guardaba proporcionalidad con los criterios de graduación de las sanciones ya establecidos.
- ✚ Así, señaló que los criterios señalados adolecían de debida motivación, ya que habían sido genéricos y que los factores que se habían empleado tampoco eran claros, por lo que no se podía justificar cómo habían llegado a establecer la multa antes mencionada en esa proporción.
- ✚ Por todo lo expuesto, la empresa aseguradora denunciada solicitó a la Sala que declarase nula la recurrida e infundada la denuncia interpuesta por el señor RTO en todos sus extremos.

1.6 Resolución Final de Segunda Instancia.

Tenemos que, con fecha 07 de enero de 2021, la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI emitió la Resolución N° 0038-2021/SPC-INDECOPI, resolviendo lo siguiente:

- ✚ *“Revocó la resolución venida en grado, en el extremo que declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor RTO contra la empresa aseguradora denunciada por infracción del artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor; y, en consecuencia, declaró infundada la misma, respecto del hecho referido a que la denunciada habría negado de manera injustificada la cobertura del Seguro de*

Desgravamen contratado. Ello, en tanto quedó acreditado que el denunciante fue informado de que una de las causales de exclusión de la cobertura del seguro era padecer de enfermedades o lesiones preexistentes al momento de la contratación del referido seguro”.

✚ *“En ese sentido, dejó sin efecto la multa impuesta, la medida correctiva ordenada, el pago de las costas y costos del procedimiento y la inscripción de la empresa aseguradora denunciada en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi”.*

II. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS DEL EXPEDIENTE.

De la revisión de las resoluciones y demás documentos del expediente se han identificado los siguientes problemas jurídicos:

2.1 Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de desgravamen contratado, por no haber informado al consumidor denunciante sobre las exclusiones del mismo al momento de la contratación.

✚ En la resolución que admitió a trámite la denuncia del señor RTO, la Comisión señaló como presunta infracción el haber denegado de manera injustificada la cobertura del seguro de desgravamen contratado por éste, lo que le fue comunicado a dicho denunciante mediante Carta 037-2019-AG.PRINCIPAL/CMACTACNA.

✚ Siendo que la Comisión no hizo referencia en la resolución de imputación de cargos, cuáles habían sido los motivos esgrimidos por la aseguradora denunciada para denegar la cobertura del seguro, tenemos que remitirnos a la mencionada Carta, la misma que fue emitida por un tercero, la entidad prestataria del préstamo otorgado al señor RTO.

✚ En este documento, esta entidad prestataria señala que la empresa aseguradora denegó la cobertura del seguro debido a que el siniestro había ocurrido mucho antes de la contratación del mismo (pérdida de la

pierna derecha) y, además, porque dicha discapacidad no encuadraba dentro de las coberturas señaladas en la póliza respectiva.

- ✚ Sobre la idoneidad, tenemos que el artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor señala que los proveedores deben responder sobre la calidad e idoneidad de los productos o servicios que ofrecen en el mercado.
- ✚ Y también, que idoneidad es la correspondencia que debe haber entre lo que el consumidor espera recibir al momento de contratar un producto o servicio (basado en la información proporcionada por el proveedor) y lo que realmente recibe u obtiene luego de dicha contratación.
- ✚ Del mismo modo, el artículo 20° del acotado Código, hace referencia a las garantías que el proveedor brinda y a las que está obligado; ello, a fin de poder determinar la idoneidad de un producto o servicio ofrecido en el mercado, señalando que estas garantías pueden ser legales, explícitas e implícitas. Las primeras, están referidas a las impuestas por mandato de la Ley para que un producto o servicio salga al mercado, por lo que la misma se entiende incluida en todos los contratos de consumo, así no estén expresamente señaladas en los mismos.
- ✚ Las garantías explícitas son las que se encuentran expresamente contempladas en los contratos de consumo y las implícitas son las que, aun cuando no hayan sido expresamente contempladas, en atención a los usos y fines que se prevé que contengan dichos productos o servicios, debe entenderse que éstos las contengan.
- ✚ Entonces, debemos analizar si los hechos u omisiones presuntamente cometidos por la empresa aseguradora denunciada concluían que había cometido la infracción imputada, analizando también el caudal probatorio contenido en el expediente.

2.2 Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de

desgravamen contratado, alegando que la discapacidad del consumidor denunciante no era la que calificaba como tal, contractualmente.

- ✚ Como ya se ha mencionado, en la resolución que admitió a trámite la denuncia del señor RTO, la Comisión señaló como presunta infracción el haber denegado de manera injustificada la cobertura del seguro de desgravamen contratado por éste, lo que le habría sido comunicado a dicho denunciante mediante Carta 037-2019-AG.PRINCIPAL/CMACTACNA.
- ✚ Es decir, reitero, no señaló expresamente cuáles eran los actos u omisiones cometidos por la empresa aseguradora denunciada, simplemente hizo referencia al documento antes mencionado, que contenía dos supuestos en los que se basó esta proveedora para denegar el seguro de desgravamen contratado.
- ✚ Ese segundo supuesto estaba referido a que la empresa aseguradora denunciada señalaba, para justificar la denegatoria de la cobertura del seguro, que la discapacidad del señor RTO no encuadraba dentro de las coberturas señaladas en la póliza respectiva, ya que se podía verificar que el consumidor denunciante tenía únicamente un menoscabo del 55% de su capacidad, lo que implicaba que no se encontrara comprendido dentro de la cobertura del seguro de desgravamen, que señalaba que debía tener, al menos, un 66% de menoscabo de la misma.
- ✚ Este cargo imputado implícitamente por la Comisión a la empresa aseguradora denunciada, también lo había configurado como infracción al deber de idoneidad contenido en el artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, el mismo que preceptúa que los proveedores deben responder sobre la calidad e idoneidad de los productos o servicios que ofrecen en el mercado.
- ✚ Entonces, al igual que el caso anterior, debemos analizar si este hecho u omisión de la empresa aseguradora denunciada daba a concluir que sí

había cometido la infracción imputada, analizando también el caudal probatorio contenido en el expediente respecto a ello.

III. POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS IDENTIFICADOS.

3.1 Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de desgravamen contratado, basado en no haber informado al consumidor denunciante sobre las exclusiones del mismo al momento de la contratación.

✚ Como ya se ha señalado, si bien no fue expresamente mencionado por parte de la Comisión en su resolución admisorio, tenemos que ésta imputó como infracción al deber de idoneidad (implícitamente) el hecho que la aseguradora denunciada no informara (supuestamente) de las exclusiones de la cobertura del seguro y le denegara dicho beneficio.

✚ Así, la Comisión Regional del INDECOPI de Tacna señaló en su Resolución Final:

- i. Que el rechazo planteado por la empresa aseguradora denunciada para otorgar el seguro de desgravamen estuvo basado principalmente en que el señor RTO se encontraba incurso en las Exclusiones del Seguro, ello, porque la invalidez alegada por el consumidor denunciante fue consecuencia de un accidente de tránsito sufrido en el año 1978, es decir de manera anterior a la contratación del seguro materia de cuestionamiento.
- ii. Y que, no bastaba con que la proveedora invocase que el rechazo de la cobertura fue justificado y basado en una preexistencia, sino que lo relevante es que dicha causal de exclusión haya sido informada al asegurado y se haya demostrado que -en efecto- se incurrió en ello, lo cual no había quedado acreditado en el presente caso, lo que constituía infracción al deber de idoneidad.

- ✚ El artículo 19° del Código acotado señala como una obligación de los proveedores el responder por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.

- ✚ Del mismo modo, dicho Código define la idoneidad como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, i) en función a lo que se le hubiera ofrecido, ii) la publicidad e información transmitida, iii) las condiciones y circunstancias de la transacción, iv) las características y naturaleza del producto o servicio, v) el precio, entre otros factores, atendiendo a cada circunstancia particular. Asimismo, señala que la idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

- ✚ El Código, en su artículo 20° señala que, para determinar si un producto o servicio es idóneo, debe compararse el mismo con las garantías que el proveedor está brindando y a las que está obligado (las garantías son las características, condiciones o términos con los que cuenta todo producto o servicio).

- ✚ Estas garantías pueden ser legales, explícitas o implícitas. Las legales son las que están dadas por una norma legal y que no se permite su puesta al mercado sin estas y se entiende que está incluida en el contrato de consumo así no esté expresada en éste.

- ✚ Por otro lado, las garantías explícitas son las que obran en el contrato de consumo expresamente señaladas. Y las implícitas son aquellas que, aunque no estén expresadas en los contratos, se entienden consignadas por los fines y usos propios de los bienes o servicios.

- ✚ La Comisión determinó que la aseguradora denunciada no cumplió el deber de idoneidad al que estaba obligada porque denegó la cobertura del seguro de manera injustificada, señalando que la proveedora no había puesto en conocimiento previo del consumidor denunciante, respecto de las exclusiones del seguro.
- ✚ Sin embargo, como se puede apreciar del propio expediente, tenemos que las exclusiones de la cobertura del seguro sí habían sido debidamente informadas al denunciante, quien sí había consignado su firma en uno de los documentos donde se mencionaban tales exclusiones, por lo que la aseguradora denunciada no había infringido el deber de idoneidad como se le imputaba.

3.2 Determinar si la empresa aseguradora denunciada cometió un acto de infracción al deber de idoneidad al no otorgar la cobertura del seguro de desgravamen contratado, basado en que la incapacidad del consumidor denunciante, no era la que calificaba como tal en el contrato de seguro.

- ✚ La Comisión señaló que constituía una infracción al deber de idoneidad el hecho de que la aseguradora denunciada denegara la cobertura del seguro manifestando que el Certificado de Discapacidad de fecha 17 de noviembre de 2015 emitido por Essalud refería que la incapacidad del señor RTO era de 55% y que, al no ser éste el porcentaje requerido para que califique como inválido total y permanente según las condiciones del seguro contratado, no podía otorgársele la cobertura del mismo.
- ✚ Ello, porque se suponía que todo consumidor que contrata un seguro, de desgravamen, como el del presente caso, espera que, al ocurrir el siniestro asegurable, la aseguradora cumpla con el pago convenido en el contrato; y que, de denegárselo, ésta estuviera basada en causas objetivas y veraces (deber de idoneidad).
- ✚ Sobre la responsabilidad administrativa de los proveedores tenemos que, conforme lo señala Christian Guzmán Napurí, la misma debe ser objetiva. Así, el proveedor será exonerado de responsabilidad si logra acreditar la

existencia de una causa objetiva, debidamente justificable, que configure ruptura del nexo causal.

- ✚ De igual forma, tenemos que considerar que el artículo 230° de la Ley del Procedimiento Administrativo General, que señala que la potestad sancionadora de todas las entidades del Estado (como INDECOPI) tiene diversos principios que deben ser cumplidos por éstas, tales como el debido procedimiento.
- ✚ Sobre éste, Morón Urbina (2011, p. 697) señala que comprende, entre otros, el derecho a obtener una decisión motivada y fundada en Derecho¹. Y, del mismo modo, otro de estos principios es el de tipicidad, que señala que solo constituyen conductas sancionables administrativamente las infracciones previstas expresamente como tales mediante una Ley.
- ✚ Esto supone el cumplimiento de 3 requisitos concurrentes (Morón Urbina, 2011, p. 708): i) la reserva de que solo mediante norma con rango de Ley puedan determinarse conductas que sean susceptibles de ser sancionadas; ii) que dichas conductas sancionables sean lo suficientemente descritas y; iii) la proscripción de la analogía y la remisión extensiva a la aplicación de otros supuestos descritos como tales.
- ✚ Así, en el presente caso, la Comisión declara fundada la denuncia interpuesta por el señor RTO al considerar que la aseguradora denunciada denegó injustificadamente la cobertura del seguro contratado, determinando este órgano que, contrariamente a lo señalado por esta empresa, la incapacidad del consumidor denunciante sí calificaba como tal, en mérito a los documentos obrantes en el expediente.
- ✚ En este punto debemos señalar que de la revisión del expediente se puede verificar que la Comisión no analizó concatenadamente todos los medios probatorios obrantes en éste, referidos a la discapacidad o

¹ “El derecho a obtener una decisión motivada y fundada en Derecho (derecho a que las resoluciones del procedimiento sancionador hagan expresa consideración de los argumentos de Derecho y de hecho que lo motivan, y, en particular, de la graduación de la sanción a aplicarse).

incapacidad del denunciante; ya que corresponde a los órganos sancionadores que evalúen cabalmente las pruebas que ofrecen las partes y, al momento de determinar sanciones, se señale el valor probatorio que se da a cada una de éstas; ello, además, como una obligación que tienen de motivar suficientemente las resoluciones que emiten.

IV. POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LAS RESOLUCIONES EMITIDAS.

4.1 Resolución emitida por la Comisión de Protección al Consumidor.

✚ Mediante Resolución Final N° 195-2019/INDECOPI-TAC de fecha 06 de diciembre de 2019, la Comisión de la Oficina Regional del INDECOPI Tacna resolvió:

- Declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor RTO en contra de la empresa aseguradora por infracción al artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor; ya que había quedado acreditado que la referida proveedora habría denegado de manera injustificada la aplicación de la cobertura establecida en la Póliza del Seguro de Desgravamen N° 330677-0055295, ello a través de lo comunicado en la Carta N° 037- 2019-AG.PRINCIPAL/CMAC TACNA.
- Se dispuso sancionar a la empresa aseguradora La Positiva Vida, con una multa ascendente a 5 Unidades Impositivas Tributarias (UITs) por infracción al artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor.
- Se le ordenó a la empresa aseguradora La Positiva Vida que, en calidad de medida correctiva reparadora cumpliera, en el plazo de 05 días hábiles, con hacer efectiva la cobertura de la Póliza del Seguro de Desgravamen N° 330677-0055295 a favor del señor RTO.
- Dispuso la inscripción de la empresa aseguradora La Positiva Vida en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi, una vez que la resolución quedase firme en sede administrativa, conforme a lo

establecido en el artículo 119° del Código de Protección y Defensa del Consumidor.

- ✚ Sobre ello, mi posición es que **NO ESTOY DE ACUERDO** con lo resuelto por esta Comisión; primero, porque no hubo una imputación de cargos adecuada y clara, ya que como podemos apreciar de la resolución admisorio, esta, al señalar que la empresa aseguradora había denegado injustificadamente la cobertura del seguro de desgravamen, hace referencia a que los fundamentos de dicha denegatoria de esta proveedora estaban expuestos en la Carta 037-2019 y que ello podría configurar infracción al artículo 19° del Código.
- ✚ Es decir, no expuso con meridiana claridad los actos u omisiones que habría cometido la empresa aseguradora que configurarían la infracción señalada; menos, detalló los mismos.
- ✚ Además, dicho error también fue plasmado en la Resolución Final en mención, sin reparar que la mencionada Carta 037-2019 había sido emitida por la empresa prestataria del consumidor (la que le otorgó el crédito) y también remitida por ésta al señor RTO, dándole a conocer (supuestamente) los argumentos de la empresa aseguradora respecto a la denegatoria del seguro.
- ✚ Del mismo modo, no reparó la Comisión que ninguna de las partes presentó la mencionada Carta 037-2019, la misma que no obra en el expediente tramitado; sin embargo, pese a ello, mencionó la misma en la parte resolutoria de la Resolución Final, señalando que esta denegatoria injustificada se habría dado a través de lo comunicado en la Carta N° 037- 2019-AG.PRINCIPAL/CMAC TACNA (inexistente y, además, documento no emitido ni remitido por la sancionada empresa aseguradora).
- ✚ De otro lado, tampoco fundamentó por qué sí daba credibilidad o peso probatorio mayor al mencionado Informe Médico N° 146 (de fecha 22 de mayo de 2015) que señalaba que el señor RTO sufría una discapacidad

total permanente con un menoscabo del 75% de su capacidad; desestimando, sin mayor fundamento, el Certificado de Discapacidad emitido por Essalud con fecha 17 de noviembre de 2015.

- ✚ Estas incongruencias y omisiones cometidas por la Comisión en su resolución final de primera instancia hacen que no esté de acuerdo con lo resuelto por la misma.

4.2 Resolución emitida por la Sala Especializada en Protección al Consumidor.

- ✚ Mediante Resolución N° 0038-2021/SPC-INDECOPÍ de fecha 07 de enero de 2021, la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPÍ resolvió:

- Revocando la Resolución N° 195-2019/INDECOPÍ-TAC emitida el 06 de diciembre de 2019 por la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Tacna, en el extremo que declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor RTO contra La Positiva Vida por infracción del artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor; y, en consecuencia, declaró infundada la misma, respecto del hecho referido a que la empresa denunciada habría negado de manera injustificada la cobertura del seguro de desgravamen contratado. Ello, en tanto quedó acreditado que el denunciante fue informado de que una de las causales de exclusión de la cobertura del seguro era padecer de enfermedades o lesiones preexistentes al momento de la contratación del referido seguro.
- En ese sentido, dejó sin efecto la multa impuesta de 5 UIT, la medida correctiva ordenada, el pago de las costas y costos del procedimiento y la inscripción de La Positiva Vida en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi.
- ✚ Sobre ello, mi posición es que **ESTOY DE ACUERDO** con lo resuelto por esta Sala; primero, porque comenzó analizando lo relativo a las exclusiones del seguro, si es que estas habían sido informadas o no; ya

que, de haberlo sido, no tenía objeto analizar si la incapacidad del señor RTO encuadraba en las disposiciones del seguro contratado, que señalaba que la discapacidad del asegurado debía ser ascendente al 66% como mínimo.

- ✚ Así, entonces, el Tribunal cumplió con determinar las garantías estipuladas en el artículo 20° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, señalando que en una relación de consumo en materia de seguros, la principal obligación que tenía la compañía de seguros consistía en cumplir con el pago de la indemnización o pago convenido, luego de ocurrido el siniestro, pero siempre y cuando dicha ocurrencia pudiera encajar dentro de los riesgos cubiertos por el seguro contratado y no concurriese ninguna causal de exclusión de la cobertura pactada, siendo que la circunscripción de todo ello estaba emanado de las cláusulas contractuales y las normas sobre seguros.
- ✚ Del mismo modo, esta Sala dio cuenta de que había una diferencia entre los medios probatorios presentados por el señor RTO y la empresa aseguradora, porque al parecer los del consumidor denunciante estaban incompletos; así, señaló que el documento denominado “Sumario de la Póliza de Seguro de Desgravamen” (que hacía referencia a las exclusiones a la cobertura del seguro) estaba debidamente suscrito por el señor RTO y la empresa aseguradora con fecha 30 de octubre de 2012; por lo que, contrariamente a lo señalado por la Comisión, la denegatoria de la cobertura del seguro efectuada por la proveedora sí se encontraba justificada y acorde con las cláusulas pactadas entre las partes.
- ✚ Es por ello que el Tribunal ya no se pronunció sobre el porcentaje de discapacidad que debía tener el señor RTO para aplicar la cobertura de seguro en ese caso, ya que era innecesario analizar ese extremo al haber quedado acreditado que sí se configuraban las exclusiones del seguro señaladas en el contrato.

V. CONCLUSIONES.

- ✚ Los principios que rigen la potestad sancionadora administrativa, contenidos en el artículo 230° de la Ley del Procedimiento Administrativo General, en particular el referido al debido procedimiento, deben ser cuidadosamente cumplidos por todas las instancias, desde el comienzo del procedimiento.
- ✚ Precisamente su inobservancia acarrea errores y vicios que perjudican el procedimiento y vulneran los derechos de las partes, inclusive pueden generar falsas expectativas en los consumidores; por ello, las instancias pertinentes deben ser extremadamente cuidadosas también en contrastar entre las partes los documentos que se presentan, observando que el principio de verdad material admite prueba en contrario.
- ✚ Conforme lo indica el artículo 20° del Código de Protección al Consumidor, para determinar la idoneidad de un producto o servicio, la entidad administrativa debe verificar lo relativo a las garantías allí señaladas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ✚ Morón Urbina, Juan Carlos. (2011). Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General.
- ✚ Guzmán Napurí, Christian. (2016). Los procedimientos administrativos sancionadores en las entidades de la Administración Pública.
- ✚ Isasi Cayo, Juan Felipe. (2014). Tratado de Derecho Administrativo.
- ✚ Cairo Roldán, Omar y otros. (2013). El principio constitucional de legalidad y su aplicación en el Derecho Administrativo, Penal y Tributario.

VII. ANEXOS.

- ✚ Copia de la denuncia de fecha 02 de abril de 2019 presentada por el señor RTO.
- ✚ Copia de los descargos presentados por la denunciada LPVSR S.A. con fecha 05 de agosto de 2019.
- ✚ Copia de la Resolución Final N° 195-2019/INDECOPI-TAC de fecha 06 de diciembre de 2019 emitida por la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Tacna.
- ✚ Copia del recurso de apelación presentado por la denunciada LPVSR S.A. con fecha 14 de enero de 2020.
- ✚ Copia de la Resolución N° 0038-2021/SPC-INDECOPI de fecha 07 de enero de 2021 emitida por la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI



Firmado digitalmente por VILLA
GARCIA VARGAS Javier Eduardo
Raymundo FAU 20133840633 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10.01.2021 07:56:36 -05:00

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 0038-2021/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0014-2019/CPC-INDECOPI-TAC

PROCEDENCIA : COMISIÓN DE LA OFICINA REGIONAL DEL INDECOPI DE TACNA

PROCEDIMIENTO : DE PARTE

DENUNCIANTE : [REDACTED]

DENUNCIADA : [REDACTED]

MATERIA : DEBER DE IDONEIDAD

ACTIVIDAD : SEGUROS DE VIDA

SUMILLA: *Se revoca la resolución venida en grado, en el extremo que declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor [REDACTED] contra [REDACTED] por infracción del artículo 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor; y, en consecuencia, se declara infundada la misma, respecto del hecho referido a que la denunciada habría negado de manera injustificada la cobertura del Seguro de Desgravamen contratado. Ello, en tanto quedó acreditado que el denunciante fue informado de que una de las causales de exclusión de la cobertura del seguro era padecer de enfermedades o lesiones preexistentes al momento de la contratación del referido seguro.*

En ese sentido, se deja sin efecto la multa impuesta, la medida correctiva ordenada, el pago de las costas y costos del procedimiento y la inscripción de la denunciada en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi.

Lima, 7 de enero de 2021

ANTECEDENTES

1. El 2 de abril de 2019¹, el señor [REDACTED] (en adelante, el señor [REDACTED]) denunció a [REDACTED]² (en adelante, [REDACTED]) ante la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Tacna (en adelante, la Comisión), por presunta infracción de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el Código), en atención a los siguientes hechos:
 - (i) El 30 de octubre de 2012, adquirió un crédito de la [REDACTED] [REDACTED] (en adelante, [REDACTED]) por un monto de S/ 24 000,00 contratando con La Positiva el Seguro de Desgravamen con Póliza N° 330677-0055295 (en adelante, el seguro);

¹ Complementado con escrito del 20 de mayo de 2019.

² [REDACTED]



- (ii) el 3 y 14 de diciembre de 2014, fue operado de la rodilla izquierda colocándole una prótesis total padeciendo de discapacidad severa; no obstante, respecto de la segunda operación médica, ██████ negó de manera injustificada la cobertura del seguro contratado por invalidez total y permanente; y,
 - (iii) en la póliza del seguro entregada por la denunciada no se establecía que una de las causales de exclusión de la cobertura pudiera darse como consecuencia de una enfermedad o lesión preexistente.
2. El señor ██████ solicitó, en calidad de medida correctiva, que ██████ cumpla con otorgar la cobertura del seguro contratado.
3. En sus descargos, ██████ manifestó lo siguiente:
 - (i) El seguro contratado por el señor ██████ cubría únicamente los supuestos de muerte natural o accidental e invalidez total y permanente por accidente o enfermedad; por otro lado, excluía la cobertura de siniestros a consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos preexistentes al inicio del mismo;
 - (ii) de las comunicaciones remitidas por el denunciante en el 2015, 2017 y 2019, se advertía que desde el 16 de julio de 1978, padecía de una invalidez parcial -imputación de pierna derecha- la misma que generó que los días 3 y 14 de diciembre de 2014 fuera intervenido quirúrgicamente de la rodilla izquierda, lo cual le ocasionó la invalidez total y permanente;
 - (iii) asimismo, del Certificado de Discapacidad N° 1490015 del 17 de noviembre de 2015 y el Informe Médico N° 146-SEQ-DC-GRATA-ESSALUD-15 del 22 de mayo de 2015, se evidenciaba que la discapacidad del señor ██████ era consecuencia de la amputación de la pierna derecha treinta (30) años atrás y que contaba con un menoscabo del 55% de su capacidad; y,
 - (iv) no obstante, de acuerdo a las condiciones generales del seguro contratado, la invalidez total y permanente alegada por el denunciante ocurrió como consecuencia de un accidente sufrido con anterioridad a la contratación del seguro; y, para acreditar la misma, se requería un menoscabo del 66.6% de su capacidad, por lo que no correspondía otorgar la cobertura solicitada.
4. Mediante Resolución 195-2019/INDECOPI-TAC del 6 de diciembre de 2019, la Comisión emitió el siguiente pronunciamiento:
 - (i) Declaró fundada la denuncia interpuesta contra ██████ por infracción del artículo 19° del Código, en tanto consideró que negó al



- denunciante, de forma injustificada, la cobertura de la póliza de seguro contratado, sancionándola con una multa de 5 UIT por dicha conducta;
- (ii) ordenó a [REDACTED] en calidad de medida correctiva que, en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de notificada la resolución, cumpla con hacer efectiva la cobertura del seguro contratado por el señor [REDACTED];
 - (iii) condenó a [REDACTED] al pago de las costas y costos del procedimiento a favor del señor [REDACTED]; y,
 - (iv) dispuso la inscripción de [REDACTED] en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi (en adelante, el RIS).
5. El 14 de enero de 2020, [REDACTED] apeló la Resolución 195-2019/INDECOPI-TAC, argumentando lo siguiente:
- (i) La Comisión vulneró el principio del debido procedimiento y el derecho de defensa, en tanto le imputó una presunta infracción al deber de idoneidad y terminó determinando su responsabilidad en base a una infracción al deber de información, al concluir que no existía medio probatorio que acreditaba que informó al señor [REDACTED] sobre las exclusiones del seguro contratado;
 - (ii) los siniestros excluidos de cobertura eran como consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos preexistentes al inicio del seguro contratado, los cuales fueron informados al señor [REDACTED] a través del documento denominado “Sumario – Póliza de Seguro de Desgravamen (Personas Naturales – Moneda en Soles)”, el cual fue debidamente suscrito por este;
 - (iii) de las comunicaciones remitidas por el señor [REDACTED] en el 2015, 2017 y 2019, se advertía que desde el 16 de julio de 1978, padecía de una invalidez parcial -imputación de pierna derecha- la misma que generó que los días 3 y 14 de diciembre de 2014 fuera intervenido quirúrgicamente de la rodilla izquierda, lo cual le ocasionó la invalidez total y permanente;
 - (iv) asimismo, del Certificado de Discapacidad N° 1490015 del 17 de noviembre de 2015 y el Informe Médico N° 146-SEQ-DC-GRATA-ESSALUD-15 del 22 de mayo de 2015, se evidenciaba que la discapacidad del señor [REDACTED] era consecuencia de la amputación de la pierna derecha treinta (30) años atrás y que contaba con un menoscabo del 55% de su capacidad;
 - (v) no obstante, de acuerdo a las condiciones generales del seguro contratado, la invalidez total y permanente alegada por el denunciante ocurrió como consecuencia de un accidente sufrido con anterioridad a la contratación del seguro; y, para acreditar la misma, se requería un menoscabo del 66.6% de su capacidad, por lo que no correspondía



- otorgar la cobertura solicitada;
- (vi) la Comisión no tomó en cuenta el certificado de discapacidad del 21 de octubre de 2019 presentado por el señor [REDACTED] dentro del procedimiento, en el cual se indicó que el denunciante únicamente presentaba una restricción del 38.32% y no al 55% como se indicó inicialmente;
 - (vii) la multa impuesta resultaba arbitraria, carente de razonabilidad, desproporcionada y no guardaba coherencia con los criterios de graduación establecidos, en tanto solo se limitó a describir estos últimos sin especificar su aplicación al caso en concreto; y,
 - (viii) no se llegó a determinar por qué el daño causado equivalía a 5 UIT, ni tampoco se tuvo en consideración como factor atenuante que la probabilidad de la infracción había sido del 100%, por lo que debía de anularse la multa impuesta o, en su defecto, imponerle una amonestación.
6. El 30 de enero de 2020, [REDACTED] solicitó que se lleve a cabo una audiencia de conciliación entre las partes.
 7. El 2 de marzo de 2020, el señor [REDACTED] presentó un escrito reiterando los alegatos plasmados en el procedimiento.
 8. Por escritos del 29 de setiembre y 2 de octubre de 2020, [REDACTED] reiteró los fundamentos de su apelación, solicitando que se revoque la resolución recurrida.
 9. El 4 de noviembre de 2020, el señor [REDACTED] aceptó el pedido de [REDACTED] para llevar a cabo una audiencia de conciliación entre las partes, siendo que, mediante Proveído 2 del 26 de noviembre de 2020, se citó a las mismas a una audiencia de conciliación virtual para el 15 de diciembre de 2020; no obstante, por escrito del 11 de diciembre de 2020, el denunciante indicó que no podía asistir a la misma toda vez que no contaba con los dispositivos tecnológicos adecuados (no contaba con cámara web e internet estable); asimismo, solicitó su reprogramación hasta marzo del 2021 debido al estado de emergencia en que se encontraba atravesando el país.
 10. Mediante Proveído 3 del 22 de diciembre de 2020, la Secretaría Técnica de la Sala Especializada en Protección al Consumidor (en adelante, la Secretaría Técnica de la Sala), desestimó el pedido de reprogramación de la audiencia de conciliación virtual solicitada por el señor [REDACTED].

ANÁLISIS



- I. Sobre la reprogramación de la audiencia de conciliación virtual solicitada por el señor [REDACTED]
11. Mediante escrito del 11 de diciembre de 2020, el señor [REDACTED] indicó que no podía asistir a la audiencia de conciliación virtual fijada para las 16:00 horas del 15 de diciembre de 2020, toda vez que no contaba con los dispositivos tecnológicos adecuados (no contaba con cámara web e internet estable); asimismo, solicitó su reprogramación hasta marzo del 2021 señalando que la emergencia sanitaria en la que se encontraba actualmente el país terminaría en dicho periodo.
12. Sobre el particular, cabe señalar que la Audiencia de Conciliación Virtual permite a consumidores y proveedores resolver sus problemas de manera directa, apoyados por un colaborador del INDECOPI, a través de su realización bajo la modalidad virtual, en cumplimiento de las medidas de seguridad dictadas por el Gobierno durante el Estado de Emergencia Nacional para evitar la propagación del Covid-19.
13. Asimismo, teniendo en cuenta el actual Estado de Emergencia Sanitaria³, el Poder Ejecutivo ha priorizado el uso de canales digitales con el fin de evitar que los ciudadanos tengan que concurrir en forma presencial a las instalaciones de las entidades públicas, reduciendo así el riesgo de contagio del COVID-19.
14. En ese sentido, con respecto a la solicitud del denunciante para que la audiencia de conciliación sea postergada hasta marzo del 2021, cabe precisar que esta fue denegada por la Secretaría Técnica de la Sala mediante Proveído 3 del 22 de diciembre de 2020, en la medida que no encontraba debidamente justificada, toda vez que, aun no se tiene certeza del momento en que el Estado de Emergencia Sanitaria concluirá definitivamente -pudiendo extenderse dicho periodo más allá de marzo-, siendo la audiencia de conciliación virtual el mecanismo con el que actualmente cuenta la autoridad administrativa para promover las audiencias de conciliación solicitadas por las partes, la misma que en el presente caso se llevó a cabo en la fecha y hora señalada únicamente con la participación de [REDACTED].
15. Aunado a ello, cabe señalar que, de acuerdo con los plazos de tramitación con los que cuenta la autoridad administrativa y de conformidad con el artículo 29° del Decreto Legislativo 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, la citación a una audiencia de conciliación constituye una facultad de

³ Mediante Decreto Supremo 027-2020-SA (publicado el 28 de agosto de 2020), se prorrogó la Emergencia Sanitaria declarada por Decreto Supremo 008-2020-SA, prorrogada mediante Decreto Supremo 020-2020-SA, prorrogado por Decreto Supremo 031-2020-SA por noventa (90) días más a partir del 7 de diciembre de 2020.



la misma, quien en el ejercicio de su discrecionalidad podrá disponer su realización o denegarla.

16. Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, conforme a lo señalado en el Proveído 3 emitido por la Secretaría Técnica de la Sala, ello no enerva que las partes puedan llegar a un acuerdo conciliatorio sin la intervención de la autoridad administrativa máxime si en dicho documento se proporcionó al señor [REDACTED] los medios de comunicación por los cuales se podía contactar con [REDACTED] para que éstos pudieran llegar a un acuerdo conciliatorio.

II. Sobre el deber de idoneidad

17. El artículo 18º del Código define a la idoneidad de los productos y servicios como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a la naturaleza de estos, las condiciones acordadas y a la normatividad que rige su prestación⁴. Asimismo, el artículo 19º del Código establece la responsabilidad de los proveedores por la idoneidad y calidad de los productos y servicios que ofrecen en el mercado⁵.
18. Así, el supuesto de responsabilidad administrativa en la actuación del proveedor impone a este la carga procesal de sustentar y acreditar que no es responsable por la falta de idoneidad del bien colocado en el mercado o el servicio prestado, sea porque actuó cumpliendo con las normas debidas o porque pudo acreditar la existencia de hechos ajenos que lo eximen de responsabilidad. Así, una vez acreditado el defecto por el consumidor corresponde al proveedor demostrar que dicho defecto no le es imputable⁶.

⁴ **LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 18º.- Idoneidad.** Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.

La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

⁵ **LEY 29571. CODIGO DE PROTECCION Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 19º.- Obligación de los proveedores.** El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.

⁶ **LEY 29571. CODIGO DE PROTECCION Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 104º.- Responsabilidad administrativa del proveedor.** El proveedor es administrativamente responsable por la falta de idoneidad o calidad, el riesgo injustificado o la omisión o defecto de información, o cualquier otra infracción a lo establecido en el presente Código y demás normas complementarias de protección al consumidor, sobre un producto o servicio determinado.

El proveedor es exonerado de responsabilidad administrativa si logra acreditar la existencia de una causa objetiva, justificada y no previsible que configure ruptura del nexo causal por caso fortuito o fuerza mayor, de hecho, determinante de un tercero o de la imprudencia del propio consumidor afectado.



19. Dentro de una relación de consumo en materia de seguros, la principal obligación a cargo de la compañía de seguros consiste en cumplir con el pago de la indemnización convenida, una vez que se acredite la ocurrencia del siniestro, siempre que dicha ocurrencia pueda subsumirse dentro de los riesgos cubiertos por el contrato de seguro y no concurra ninguna causal de exclusión de la cobertura contratada.
20. Cabe señalar que la delimitación de la obligación de cobertura de la empresa aseguradora, así como de las demás obligaciones accesorias, emanan de las cláusulas contractuales pactadas y las normas legales que rigen el sistema de seguros, debiendo observarse dichos parámetros al momento de analizar la idoneidad del servicio prestado y, en caso no se evidencien los mencionados parámetros, se tendrá que analizar la naturaleza y la aptitud del mismo para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

Sobre la negativa de la cobertura del Seguro de Desgravamen contratado con

21. La Comisión declaró fundada la denuncia interpuesta contra [REDACTED] por infracción del artículo 19° del Código, en tanto quedó considerado que negó al denunciante, de forma injustificada, la cobertura de la póliza de seguro contratado.
22. En su fundamentación, el órgano de primera instancia consideró que, si bien [REDACTED] denegó la cobertura del seguro contratado en la medida que la invalidez total y permanente alegada por el señor [REDACTED] fue preexistente a la fecha de contratación del seguro, siendo esta una de las cláusulas de exclusión previstas en la póliza, lo cierto es que las mismas no le fueron informadas oportunamente al denunciante, en tanto no obraba medio probatorio en el expediente -como el documento debidamente firmado por el interesado en donde se le informara las exclusiones de cobertura del seguro- que acreditara ello⁷.
23. En efecto, para llegar a dicha conclusión, la Comisión tomó en consideración los siguientes medios probatorios:
 - (i) Copia del documento denominado "Sumario de la Póliza de Seguro de Desgravamen (Personas Naturales – Moneda Soles)" suscrita por el señor [REDACTED] y [REDACTED] el 30 de octubre de 2012, en la cual no se

En la prestación de servicios, la autoridad administrativa considera, para analizar la idoneidad del servicio, si la prestación asumida por el proveedor es de medios o de resultado, conforme al artículo 18.

⁷ Ver numerales 22 al 29 de la Resolución 195-2019/INDECOPI-TAC. En fojas 182 y 183 del expediente.



- apreciaba las causales de exclusión de la cobertura del seguro contratado⁸;
- (ii) copia de la Póliza Matriz N° 330677-83605 del seguro contratado por el señor [REDACTED] emitida el 14 de noviembre de 2012⁹, en donde si bien se estipularon las causales de exclusión de la cobertura -entre estas las enfermedades, lesiones o defectos preexistentes al inicio del seguro- se constató que únicamente fue firmada por el representante de la [REDACTED];
- (iii) copia del Informe Médico [REDACTED] emitido por el Departamento de Cirugía del Hospital Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Tacna (en adelante, el Hospital) el 22 de mayo de 2015¹⁰, en el cual se indicó que el señor [REDACTED] tenía como antecedente la amputación traumática infracondilia de miembro inferior derecho por accidente hace treinta (30) años y que padecía de discapacidad total y permanente, presentando un menoscabo del 75%;
- (iv) el Certificado de Discapacidad N° 14900915 emitido por el Hospital el 17 de noviembre de 2015¹¹, en el que se tuvo como diagnóstico de daño del señor [REDACTED]: (a) la amputación de la pierna derecha producto de un accidente de transporte; y, (b) gonartrosis primaria y prótesis en la rodilla izquierda, cuyo tiempo de deficiencia era de treinta (30) años aproximadamente de acuerdo a su historia clínica;
- (v) copia del Informe Médico [REDACTED] emitido por el Hospital el 14 de febrero de 2019¹², determinándose como diagnóstico del señor [REDACTED]: (a) la amputación de la extremidad inferior derecha debida a un accidente; y, (b) colocación de prótesis en la rodilla izquierda;
- (vi) copia de la Carta GTA-2019-00035 emitida por [REDACTED] el 4 de febrero de 2019¹³, en la cual denegó al [REDACTED] la cobertura del seguro contratado, en tanto que, de la verificación de su historia clínica, padecía de una condición de alteración de la salud preexistente a la contratación del seguro siendo esta una cláusula de exclusión de la cobertura, toda vez que: (a) le amputaron la pierna derecha producto de un accidente de transporte; y, (b) presentaba una prótesis en la rodilla izquierda por gonartrosis; (c) el porcentaje de discapacidad era de 55% no calificando como invalidez total y permanente; y, (d) el tiempo de

⁸ En la foja 13 del expediente.

⁹ En fojas 126 a 132 del expediente.

¹⁰ En la foja 10 del expediente.

¹¹ En la foja 11 del expediente.

¹² En la foja 12 del expediente.

¹³ En la foja 124 del expediente.



deficiencia era de aproximadamente treinta (30) años.

24. Ahora bien, en su apelación [REDACTED] alegó, entre otros, que la Comisión vulneró el principio del debido procedimiento y el derecho de defensa, en tanto le imputó una presunta infracción al deber de idoneidad y terminó determinando su responsabilidad en base a una infracción al deber de información, al concluir que no existía medio probatorio que acreditaba que informó al señor [REDACTED] sobre las exclusiones del seguro contratado.
25. Asimismo, precisó que los siniestros excluidos de cobertura eran como consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos preexistentes al inicio del seguro contratado, los cuales fueron informados al señor [REDACTED] a través del documento denominado “Sumario – Póliza de Seguro de Desgravamen (Personas Naturales – Moneda Soles)” debidamente suscrito por el denunciante.
26. Teniendo en cuenta lo anterior, este Colegiado considera que corresponde determinar si la negativa de cobertura por parte [REDACTED] se encontraba o no válidamente justificada en base a la información brindada al señor [REDACTED] al momento de la contratación del Seguro de Desgravamen.
27. Antes de efectuar el análisis de fondo del presente caso, este Colegiado considera necesario precisar que una contravención del deber de idoneidad previsto en los artículos 18° y 19° del Código¹⁴, supone una afectación de las expectativas en la prestación de un servicio al no existir correspondencia entre aquello que los consumidores esperan y lo que efectivamente reciben. Dichas expectativas se ven determinadas en función de las condiciones ofertadas o previsibles, la regulación que sobre el particular se haya establecido y, en general, a la información brindada por el proveedor o puesta a disposición¹⁵.
28. En ese sentido, contrariamente a lo alegado por [REDACTED] esta Sala puede afirmar que dentro del deber de idoneidad es posible realizar este análisis de información, sin que ello suponga la modificación de la imputación de cargos inicialmente efectuada contra la denunciada o la vulneración de su derecho de

¹⁴ **LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 18°.- Idoneidad.** Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.
(...)

¹⁵ **LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 19°.- Obligación de los proveedores.** El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.



defensa, por lo que corresponde desvirtuar el alegato de la compañía de seguros en dicho extremo.

29. Ahora bien, obra en el expediente copia del documento denominado “Sumario de la Póliza de Seguro de Desgravamen (Personas Naturales – Moneda Soles)” debidamente suscrito por el señor [REDACTED] y [REDACTED] el 30 de octubre de 2012 que fue aportado por la denunciada en su recurso de apelación¹⁶, en el cual, a diferencia del mismo documento presentado por el interesado en su denuncia respecto del número de hojas que presentaba, se estipulaban las exclusiones de la cobertura del seguro contratado, encontrándose dentro de estas, la referida a enfermedades, lesiones o alteraciones de salud preexistentes a la contratación del seguro, conforme se detalla a continuación:

“(…) **Exclusiones:**

Las siguientes exclusiones reemplazan a las exclusiones que figuran en el Condicionado General.

(…)

4. Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario a consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren preexistentes al inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado; en caso contrario, el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de la Compañía de Seguros la comprobación de lo contrario (…)

El asegurado ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, a cuyas estipulaciones queda sometido, de acuerdo con el Art. N° 380 del Código de Comercio. El asegurado al suscribir su Solicitud de Seguro, ha dado conformidad a esta Póliza, considerándose dicha solicitud como parte integrante de la misma (…)

(Subrayado y resaltado nuestro)

30. De la valoración del medio probatorio señalado en el numeral anterior, esta Sala puede afirmar que, al momento de suscribir el “Sumario de la Póliza de Seguro de Desgravamen (Personas Naturales – Moneda Soles)”, [REDACTED] informó al señor [REDACTED] que una de las causales de exclusión del mismo era padecer de alguna enfermedad o lesión preexistente, por lo que el denunciante no podía alegar el desconocimiento de la referida cláusula, máxime si el mismo documento fue debidamente suscrito por ambas partes en señal de conformidad el 30 de octubre de 2012.
31. Asimismo, como bien fue indicado en párrafos precedentes, si bien en el documento “Sumario de la Póliza de Seguro de Desgravamen (Personas

¹⁶ En fojas 227 a 230 del expediente.



Naturales – Moneda Soles)” -que fue aportado por [REDACTED] en su recurso de apelación- se apreciaron las cláusulas de exclusión del seguro, a diferencia del mismo documento presentado por el señor [REDACTED] en su denuncia, lo cierto es que dicho medio probatorio no fue objetado por el denunciante al momento en que se le corrió traslado del referido recurso, máxime si el 17 de febrero de 2020, presentó un escrito comunicando la recepción de los referidos documentos¹⁷.

32. Finalmente, cabe señalar que, aún de no haberse consignado las causales de exclusión de la cobertura de seguro en el “Sumario de la Póliza de Seguro de Desgravamen (Personas Naturales – Moneda Soles)”, lo cierto es que estas se encontraban también en la póliza de seguro que fue entregada al señor [REDACTED] la misma que fue recibida por el denunciante conforme al último párrafo del documento suscrito por las partes el 30 de octubre del 2012, por lo que no se ha evidenciado infracción alguna a las normas de protección al consumidor.
33. Por las consideraciones antes expuestas, este Colegiado considera que corresponde, revocar la resolución venida en grado, en el extremo que declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor [REDACTED] contra [REDACTED] por infracción del artículo 19° del Código; y, en consecuencia, se declara infundada la misma, respecto del hecho referido a que la denunciada habría negado de manera injustificada la cobertura del Seguro de Desgravamen contratado, en tanto quedó acreditado que el denunciante fue informado de que una de las causales de exclusión de la cobertura del seguro era padecer de enfermedades o lesiones preexistentes al momento de la contratación del referido seguro.
34. En ese sentido, se deja sin efecto la multa impuesta de 5 UIT, la medida correctiva ordenada, el pago de las costas y costos del procedimiento y la inscripción de la denunciada en el RIS.
35. Finalmente, en la medida que se ha revocado la resolución venida en grado que declaró fundada la denuncia; y, en consecuencia, se declaró infundada la misma, carece de objeto emitir un pronunciamiento sobre los demás alegatos plasmados por [REDACTED] en su recurso de apelación.

RESUELVE:

Revoca la Resolución 195-2019/INDECOPI-TAC emitida el 6 de diciembre de 2019 por la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Tacna, en el extremo que declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor [REDACTED] contra [REDACTED]

¹⁷ En la foja 242 del expediente.

