



PERÚ

Presidencia  
del Consejo de Ministros

INDECOPI

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



RESOLUCIÓN 1707-2024/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 2445-2022/CC1

**PROCEDENCIA** : COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – SEDE LIMA SUR N° 1

**PROCEDIMIENTO** : DE PARTE

**DENUNCIANTE** : ZOILA LUZ CUEVA DE LA CRUZ

**DENUNCIADAS** : MIBANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA S.A.  
PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

**MATERIAS** : NULIDAD  
DEBER DE IDONEIDAD  
ATENCIÓN DE RECLAMO

**ACTIVIDADES** : SEGUROS DE VIDA  
OTROS TIPOS DE INTERMEDIACIÓN MONETARIA

**SUMILLA:** *Se confirma la resolución venida en grado, que declaró improcedente la denuncia contra Mibanco – Banco de la Microempresa S.A., por falta de legitimidad para obrar pasiva, ya que no le correspondía otorgar la cobertura del seguro de desgravamen solicitada.*

*Se revoca la resolución venida en grado, que declaró infundada la denuncia contra Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.: i) Por no haber brindado una respuesta adecuada al reclamo presentado el 12 de setiembre de 2022; y, en consecuencia, se declara improcedente la misma, por falta de legitimidad para obrar activa, ya que el reclamo fue interpuesto por un tercero ajeno al presente procedimiento; ii) Por la denegatoria de cobertura del seguro de desgravamen; y, en consecuencia, se declara fundada la misma, al haberse probado que la compañía aseguradora efectuó dicha denegatoria de forma injustificada y sin haber sustentado la misma.*

**SANCIÓN:** 22,97 UIT – *Por la denegatoria injustificada de la cobertura del seguro*

Lima, 17 de junio de 2024

## ANTECEDENTES

1. El 16 de diciembre de 2022, la señora Zoila Cueva De la Cruz (en adelante, la señora Cueva) denunció a Mibanco – Banco de la Microempresa (en adelante, el Banco) ante la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1 (en adelante, la Comisión), por presunta infracción de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el Código), principalmente, por los siguientes hechos:
  - i) Que, el 18 de noviembre de 2021, su madre, la señora Elizabeth Elvira De la Cruz Vicente (en adelante, la señora De la Cruz), contrató con el Banco el Crédito N° 19715613, para lo cual adquirió un Seguro de Desgravamen – Póliza N° 0049124 (en adelante, el seguro de



- desgravamen) otorgado por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, Pacífico).
- ii) Que, el 22 de abril de 2022, su madre falleció por un infarto agudo al miocardio, motivo por el cual, el 3 de junio de 2022, solicitó la cobertura del referido seguro ante la entidad bancaria.
  - iii) Que, mediante Carta BEN-031073/2022 del 17 de agosto de 2022, la compañía aseguradora le denegó dicha solicitud, indicando que se había configurado una causal de exclusión por preexistencia, ya que la causa del fallecimiento de su madre se debía a que tenía un tumor maligno del ovario.
  - iv) Que, pese a que la entidad bancaria contaba con toda la información pertinente, no le advirtió a su madre que, si contaba con dicha patología preexistente, esta no iba a poder ser cubierta por el seguro en un futuro.
  - v) Que, el 12 de setiembre de 2022, a través de la interposición de un reclamo, solicitó la copia del contrato de seguro de desgravamen; sin embargo, el 20 de setiembre de 2022, se le respondió indicando que tenía que presentar diversos documentos, lo cual constituía una respuesta no idónea.
2. Por Resolución 1 del 23 de enero de 2023, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1 (en adelante, la Secretaría Técnica de la Comisión) incluyó de oficio a Pacífico<sup>1</sup>, y admitió a trámite la denuncia contra ambas proveedoras porque: i) Pacífico y el Banco habrían negado injustificadamente la cobertura del seguro de desgravamen por el fallecimiento de su madre, pese a que no le habrían brindado la información completa y pertinente a la asegurada sobre las condiciones del seguro, como una presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código; y, ii) El Banco no había brindado una respuesta adecuada al reclamo interpuesto por la denunciante el 12 de setiembre de 2022, ya que le había requerido diversa documentación para dilatar su solicitud de la copia del contrato original del referido seguro, por presunta infracción del artículo 88°.1 del Código.
3. En sus descargos, el Banco indicó que no tenía competencia para aceptar la cobertura solicitada -o denegarla-, sino la compañía aseguradora. De otro lado, sostuvo que la denunciante carecía de legitimidad para obrar activa, ya que el reclamo de fecha 12 de setiembre de 2022 fue interpuesto por una tercera persona -Mery Alexandra Aguirre Mendoza-, motivo por el cual, a través de la carta de respuesta, se le requirió a dicha persona que presente los documentos que demuestren sus facultades de representación de la sucesión intestada de la señora De la Cruz, a fin de tramitar lo solicitado.
4. Por otro lado, en sus descargos, Pacífico indicó principalmente que, luego de

<sup>1</sup> RUC: 20332970411, con domicilio fiscal en: Av. Juan de Arona N° 830, Otr. Centro Empresarial San Isidro, Lima – Lima – San Isidro, de acuerdo con la consulta efectuada en [www.e-consultaruc.sunat.gob.pe](http://www.e-consultaruc.sunat.gob.pe).



efectuar un requerimiento y analizar la documentación correspondiente<sup>2</sup>, denegó la solicitud de cobertura efectuada por la señora Cueva, ya que se había configurado una causal de exclusión de cobertura por preexistencia. Así, mencionó que la asegurada falleció por un infarto agudo del miocardio que fue causado por un tumor maligno en el ovario que padecía desde hacía 8 años. De otro lado, precisó que, en el historial médico se consignó que la señora De la Cruz fue diagnosticada con cáncer en el año 2017, enfermedad que progresó, pues en el 2021 tuvo recurrencia pulmonar, así como metástasis cerebral y cerebelosa. Finalmente, aseveró que la asegurada, aunque fue informada de los términos y condiciones del seguro, incurrió en una declaración inexacta al momento de señalar su estado de salud.

5. Por Resolución 1722-2023/CC1 del 19 de julio de 2023<sup>3</sup>, la Comisión declaró:
  - i) Improcedente la denuncia contra el Banco, por falta de legitimidad para obrar pasiva, respecto de la conducta referida a que habría negado injustificadamente la cobertura del seguro de desgravamen por el fallecimiento de su madre; e, ii) Infundada la denuncia: a) Contra Pacífico, al probarse que justificadamente rechazó la cobertura del seguro de desgravamen solicitado por la señora Cueva; y, b) Contra el Banco, al probarse que brindó una respuesta adecuada al reclamo presentado por la denunciante el 12 de setiembre de 2022<sup>4</sup> <sup>5</sup>.
6. El 18 de agosto del 2023, la señora Cueva apeló la Resolución 1722-2023/CC1, sosteniendo lo siguiente:
  - i) Que, la Comisión no sancionó a Pacífico ni tomó en consideración los diversos gastos en los que incurrió durante todo el procedimiento, por lo que se le debía devolver las costas y costos, según las Resoluciones 3113-2013/SPC-INDECOPI y 2014-2016/CC1.
  - ii) Que, nunca le habían brindado la información necesaria del seguro de desgravamen contratado.
  - iii) Que, no se les dio respuesta oportuna a sus reclamos presentados.
  - iv) Que, la compañía aseguradora no le facilitó una correcta fundamentación a su denegatoria de cobertura, motivo por el cual tuvo que interponer un reclamo que no fue respondido de forma correcta.

<sup>2</sup> Así, la aseguradora indicó que, por correo electrónico del 10 de junio de 2022, solicitó a la denunciante que remita el certificado de defunción completo de su madre fallecida, así como el resultado del análisis anatómico-patológico.

<sup>3</sup> Previamente, el 3 de julio de 2023, la Secretaría Técnica de la Comisión emitió el Informe Final de Instrucción N° 0851-2023/CC1-ST, el cual fue trasladado a las partes del procedimiento el 4 de julio de 2023, siendo que la denunciante presentó sus observaciones al mismo a través de su escrito del 11 de julio de 2023.

<sup>4</sup> Asimismo, denegó las medidas correctivas solicitadas por la señora Cueva, así como el pago de las costas y costos del procedimiento requeridos.

<sup>5</sup> Si bien a fojas 182 del expediente, se advierte que la Comisión consignó en la tercera parte resolutive que la infracción evaluada se trataba de "los artículos 18° y 19° del Código", lo cierto es que debería ser "artículo 88° del Código", en concordancia con lo imputado y analizado expresamente en la parte considerativa del referido pronunciamiento. Por tal motivo, corresponde enmendar dicho documento en virtud del artículo 212° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo 004-2019-JUS, debiendo considerarse que se trata de una presunta infracción del artículo 88° del Código.



- v) Que, la entidad bancaria no le brindaba soluciones accesibles, ni le respondía de forma objetiva y detallada, por lo que presumía que efectuó la cancelación de la deuda.
  - vi) Que, responder un reclamo no significaba que necesariamente se le brindó la atención oportuna.
  - vii) Que, la conducta infractora referida a la falta de atención al reclamo era una práctica recurrente, según la Resolución 1446-2023/CC1, en donde se sancionó a otra entidad financiera.
7. Por escrito del 3 de enero de 2024, Pacífico absolvió el recurso de apelación presentado por la señora Cueva, reiterando sus argumentos de descargos, e indicando lo siguiente que el referido recurso no contenía argumentos ni pruebas nuevas para rebatir lo resuelto por Comisión, pues la denunciante solo cuestionó la falta de atención de la entidad bancaria respecto de su reclamo presentado, mas no el rechazo de la cobertura del seguro de desgravamen. Finalmente, precisó que la denunciante no adjuntó el recibo por honorarios aludido.
8. El 8 de enero de 2024, el Banco absolvió el recurso de apelación de la señora Cueva, reiterando que carecía de legitimidad para obrar pasiva respecto del pronunciamiento sobre la solicitud de cobertura de seguro, y que la respuesta brindada por su personal era adecuada, pues se requirió información ya que la persona que interpuso el referido reclamo era distinta a la asegurada cuya póliza de seguro se estaba solicitando.

## ANÁLISIS

### Cuestiones previas:

- i) Sobre el recurso de apelación de la señora Cueva
9. Si bien Pacífico sostuvo en su escrito del 3 de enero de 2024 que la denunciante no sustentó con argumentos y pruebas nuevas la responsabilidad imputada a su representada, contrariamente a lo señalado por dicha administrada, esta Sala aprecia que sí se presentaron alegatos referidos al análisis de denegatoria de cobertura, según los consignados en los puntos ii) y iv) del numeral 6.
10. Sin perjuicio de lo anterior, se precisa que, considerando que la señora Cueva apeló la Resolución 1722-2023/CC1 -numeral 6 de la presente decisión- dentro del plazo de ley, ejerciendo válidamente su derecho a impugnar el acto administrativo, este Colegiado considera que, en virtud de los Principios de Informalismo y Eficacia<sup>6</sup>; así como, al amparo del deber del Estado de

<sup>6</sup> TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, APROBADO POR EL DECRETO 004-2019-JUS. Artículo IV. Principios del procedimiento administrativo. 1. El procedimiento administrativo se sustenta fundamentalmente en los siguientes principios, sin perjuicio de la vigencia de otros principios generales del Derecho Administrativo: **1.10. Principio de eficacia.** - Los sujetos del procedimiento administrativo deben hacer prevalecer el cumplimiento de la finalidad del acto procedimental, sobre aquellos



garantizar la protección de los intereses involucrados en los procedimientos de protección al consumidor, los argumentos utilizados resultaban suficientes para sustentar el recurso de apelación contra lo dispuesto por la resolución emitida por la Comisión, en los extremos que se vio desfavorecida<sup>7</sup>.

11. Así, la disconformidad con lo resuelto por la Comisión nos remite a los términos de los escritos y alegatos esgrimidos por el denunciante a lo largo del procedimiento, de los cuales han tenido conocimiento las partes, por lo que no se podría alegar una vulneración a su derecho de defensa. Además, no corresponde a la Comisión evaluar la validez de los argumentos deducidos a efectos de cuestionar su pronunciamiento, ya que dicha labor recae en la Sala, deviniendo en innecesario expresar tales consideraciones ante dicha instancia administrativa.
  12. Por lo expuesto, se debe evaluar la apelación interpuesta por la señora Cueva contra los puntos de la resolución de Comisión que le fueron desfavorables; y, emitir un pronunciamiento sobre los mismos, dado que el mencionado recurso deviene en procedente.
- ii) Sobre la falta de legitimidad para obrar pasiva del Banco
13. El artículo 91° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo 004-2019-JUS (en adelante, el TUO de la LPAG) señala que antes de iniciar un procedimiento, las autoridades administrativas deben asegurarse de su propia competencia<sup>8</sup>. Así, la Administración se encuentra obligada a revisar, incluso de oficio, los requisitos de procedencia, entre ellos, la legitimidad para obrar, siendo este uno de los presupuestos fundamentales para que el Indecopi pueda analizar el fondo de lo reclamado por el administrado en materia de protección al consumidor.
  14. Así, la Administración resolverá el fondo de la cuestión denunciada siempre que haya identidad entre los sujetos intervinientes en los hechos analizados y los sujetos intervinientes en el procedimiento. Siendo esto así, un administrado carecerá de legitimidad para obrar pasiva, cuando no sea la persona contra la cual, conforme a la ley, deban dirigirse las pretensiones denunciadas.

---

formalismos cuya realización no incida en su validez, no determinen aspectos importantes en la decisión final, no disminuyan las garantías del procedimiento, ni causen indefensión a los administrados. En todos los supuestos de aplicación de este principio, la finalidad del acto que se privilegia sobre las formalidades no esenciales deberá ajustarse al marco normativo aplicable y su validez será una garantía de la finalidad pública que se busca satisfacer con la aplicación de este principio.

<sup>7</sup> Debiendo, por tanto, considerar que su contenido resultó suficiente para efectos de dar por cumplido el mandato del artículo 220° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

<sup>8</sup> **TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL APROBADO POR DECRETO SUPREMO 004-2019-JUS. Artículo 91°.- Control de competencia.** Recibida la solicitud o la disposición de autoridad superior, según el caso, para iniciar un procedimiento, las autoridades de oficio deben asegurarse de su propia competencia para proseguir con el normal desarrollo del procedimiento, siguiendo los criterios aplicables al caso de la materia, el territorio, el tiempo, el grado o la cuantía.



15. La Comisión declaró improcedente, por falta de legitimidad para obrar pasiva, la denuncia interpuesta contra el Banco, en lo referente a la presunta denegatoria injustificada de cobertura del Seguro de Desgravamen, siendo que la denunciante apeló dicho extremo conforme a los alegatos expuestos en los numerales iii) y v) del numeral 6 de la presente resolución.
16. Sobre el particular, considerando que el hecho denunciado relativo a la denegatoria injustificada de cobertura del Seguro de Desgravamen está relacionado a la propia administración de los seguros a cargo de Pacífico, esta Sala, al igual que la Comisión, considera que el Banco no debe responder por dicha conducta, dada su calidad de intermediario en la comercialización de los referidos seguros.
17. En efecto, si bien el Seguro de Desgravamen fue contratado por la señora De la Cruz a través del Banco, lo cierto es que dicho proveedor solo ha actuado como el comercializador del seguro materia de denuncia, de conformidad con lo establecido en el artículo 2° de la Resolución SBS 1121-2017<sup>9</sup>, Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros<sup>10</sup>.
18. En ese sentido, de la normativa citada precedentemente, este Colegiado puede afirmar que, si bien las empresas del sistema financiero asumirán las responsabilidades que les competen, por ejemplo, respecto a la falta de información a los consumidores sobre el producto comercializado, lo cierto es que únicamente las compañías de seguros serán responsables de evaluar la documentación presentada por el asegurado y, de ser el caso, otorgar la cobertura solicitada.
19. Por lo tanto, tomando en cuenta que lo denunciado por la interesada contra el Banco tiene relación con la denegatoria injustificada de la cobertura solicitada, que estaba a cargo de Pacífico y no de la entidad bancaria, quien no tenía como actividad empresarial la de seguros, sino que actuaba como comercializadora de los productos ofertados por la aseguradora, este Colegiado considera que corresponde confirmar la resolución recurrida, que declaró improcedente, por falta de legitimidad para obrar pasiva, la denuncia interpuesta contra el Banco, por el hecho antes mencionado<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Norma vigente a la fecha de la contratación del seguro materia de denuncia -18 de noviembre de 2021-.

<sup>10</sup> **RESOLUCIÓN SBS 1121-2017, REGLAMENTO DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE SEGUROS. Artículo 4.- Responsabilidad frente al contratante, asegurado y/o beneficiario.** Las empresas que utilicen cualquiera de las modalidades de comercialización reguladas por el Reglamento, son responsables directas de todos los actos de comercialización que se realicen en su representación durante el ejercicio de sus funciones (...) En ese sentido, las empresas mantienen la responsabilidad frente a los contratantes, asegurados y/o beneficiarios, así como ante la Superintendencia por la prestación de los servicios, la administración de los riesgos y el cumplimiento normativo relacionado con la comercialización de productos de seguros a que se refiere el presente Reglamento (...) Asimismo, las empresas son responsables de que, a través de distintas modalidades de comercialización, se explique adecuadamente a los contratantes potenciales y/o asegurados potenciales sobre los alcances de la cobertura del producto y sus características.

<sup>11</sup> En virtud de lo cual, carece de objeto pronunciarse sobre los alegatos presentados por las partes en el procedimiento respecto de la conducta imputada con relación al Banco.



ii) Sobre la falta de legitimidad para obrar activa de la señora Cueva

20. En el presente caso, la señora Cueva denunció que el 12 de setiembre de 2022, a través de la interposición de un reclamo, solicitó la copia del contrato de seguro de desgravamen suscrito por su madre; sin embargo, el 20 de setiembre de 2022, el Banco le habría expedido una respuesta no idónea, pues le indicó que tenía que presentar diversos documentos.
21. La Comisión declaró infundada la denuncia en este punto, pues consideró que la entidad atendió de manera adecuada su reclamo del 12 de setiembre de 2022, ya que, como el mismo había sido interpuesto por un tercero que solicitaba información de un producto contratado con la señora De la Cruz, era razonable que la compañía aseguradora requiera la sucesión intestada de su fallecida madre. No obstante, en su pronunciamiento, dicho órgano precisó que la señora Cueva contaba con legitimidad para obrar activa, ya que cuestionó la falta de respuesta adecuada al reclamo que habría interpuesto el 21 de agosto de 2022; decisión que fue apelada por la denunciante en virtud de los alegatos detallados en los puntos iii), vi) y vii) del numeral 6.
22. Sobre el particular, la legitimidad para obrar es la cualidad que corresponde a los sujetos de la relación jurídica sustancial, cuando esta última sea deducida en juicio, para ser parte en la relación jurídica procesal que se forme, pues solo cuando estas personas figuren como partes del proceso, la pretensión podrá ser examinada en cuanto al fondo. Así, la Administración resolverá el fondo de la cuestión denunciada siempre que haya identidad entre los sujetos intervinientes en los hechos analizados y los sujetos intervinientes en el procedimiento.
23. En primer lugar, considerando que el hecho denunciado está circunscrito a que la compañía aseguradora no habría respondido adecuadamente el reclamo del 12 de setiembre de 2022, contrariamente a lo sostenido por la Comisión, el análisis del presupuesto procesal de legitimidad para obrar activa debe hacerse respecto del documento materia de controversia –reclamo del 12 de setiembre de 2022-, y no respecto de otros documentos –como el aludido por la Comisión, relativo a un reclamo del 21 de agosto de 2022<sup>12</sup>–.
24. Así, a efectos de sustentar el hecho denunciado, la señora Cueva presentó el documento denominado “REC-106209 Hoja de Requerimiento” de fecha 12 de setiembre de 2022<sup>13</sup>; sin embargo, aunque la denunciante indicó que se trataba de un reclamo a través del cual solicitó la copia del contrato de la póliza de seguros de su madre fallecida, lo cierto es que dicho documento fue interpuesto por una tercera persona, la señora Mery Alexandra Aguirre

<sup>12</sup> El cual no obra en el expediente.

<sup>13</sup> En virtud de lo cual, carece de objeto pronunciarse sobre los alegatos presentados por las partes en el procedimiento respecto de la conducta imputada con relación al Banco.



Mendoza (en adelante, la señora Aguirre). Cabe precisar que esta Sala no advierte que, dentro del referido requerimiento, se haya hecho alusión a que el mismo fue presentado por la denunciante o en su representación.

25. Por lo cual, contrariamente a lo sostenido por la Comisión, esta Sala considera que la señora Cueva no contaba con legitimidad para obrar activa, a efectos de poder cuestionar una falta de atención adecuada del requerimiento presentado el 12 de setiembre de 2022, ya que dicha administrada no interpuso dicho documento, sino una tercera persona. Así, incluso la respuesta elaborada por Pacífico<sup>14</sup> al referido requerimiento fue dirigido a la señora Aguirre y no a la denunciante, ya que ella no fue quien interpuso dicho reclamo, ni se interpuso el mismo en su representación, pues no obra en el expediente información de algún poder de representación dado por la señora Cueva a la señora Aguirre.
26. Por lo expuesto, corresponde revocar la resolución venida en grado, en el extremo que declaró infundada la denuncia contra Pacífico por no haber brindado una respuesta adecuada al reclamo presentado el 12 de setiembre de 2022; y, en consecuencia, se declara improcedente la misma, por falta de legitimidad para obrar activa, ya que el reclamo fue interpuesto por un tercero ajeno al presente procedimiento.

### Sobre el deber de idoneidad

27. El artículo 18° del Código dispone que la idoneidad debe ser entendida como la correspondencia entre lo que el consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso. A su vez, el artículo 19° del citado Código indica que el proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos<sup>15</sup>.
28. El supuesto de responsabilidad administrativa en la actuación del proveedor impone a este la carga de sustentar y acreditar que no es responsable por la falta de idoneidad del producto colocado en el mercado, 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 acreditar que este no le

<sup>14</sup> En la foja 10 del expediente.

<sup>15</sup> **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. 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. (...) **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.



es imputable, conforme a lo establecido en el artículo 104° del Código.

29. 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 se incurra en ninguna causal de exclusión de la cobertura contratada.
30. Así, un consumidor -como contratante de un seguro- esperaría legítimamente que le otorguen la cobertura respectiva ante la ocurrencia de un siniestro cuando se hayan cumplido con las condiciones y términos pactados en la póliza de seguros contratada. *Contrario sensu*, si el asegurado incumple con los términos contractuales derivados de la póliza de seguros, no puede esperar que la aseguradora proceda a hacer efectivo el seguro a su favor.
31. 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.
32. En el presente caso, la señora Cueva denunció que la aseguradora denegó injustificadamente la cobertura de seguro de desgravamen solicitada por el deceso de su madre, la señora De la Cruz (contratante de dicho seguro), pues consideró que se había suscitado un supuesto de exclusión de cobertura, consistente en que el fallecimiento del asegurado acaeció por una enfermedad preexistente –tumor maligno del ovario-.
33. La Comisión declaró infundada la denuncia en este punto, ya que se había probado que, con anterioridad a la contratación del seguro de desgravamen, la señora De la Cruz fue diagnosticada con cáncer al cérvix desde 15 de mayo de 2017, por lo que se había configurado una causal de exclusión de cobertura por preexistencia.
34. Atendiendo a los alegatos deducidos por la denunciante en vía de apelación, referidos a que no le habrían brindado información necesaria del seguro y que no le facilitó una correcta fundamentación a su denegatoria de cobertura - indicados en los puntos ii) y iv) del numeral 6-, corresponde precisar que no resultan controvertidos los siguientes hechos:
  - i) Que, el 18 de noviembre de 2021, la madre de la denunciante, la señora De la Cruz, contrató con Pacífico un Seguro de Desgravamen para garantizar el crédito que le otorgó el Banco.



- ii) Que, ante el fallecimiento de la asegurada, ocurrido el 22 de abril de 2022, la denunciante solicitó a Pacífico la activación del Seguro de Desgravamen por el mencionado siniestro.
- iii) Que, Pacífico informó a la denunciante, mediante Carta BEN-031073/2022 del 18 de agosto de 2022<sup>16</sup>, que no procedía su solicitud de cobertura del seguro, oponiéndole la causal de exclusión de cobertura por preexistencia, ya que la asegurada falleció de un infarto cardiaco, siendo que la enfermedad que le produjo la muerte fue un tumor maligno del ovario que fue diagnosticado hace 8 años<sup>17</sup>.
35. Ahora bien, teniendo en cuenta que Pacífico ha indicado que rechazó la cobertura de Seguro de Desgravamen solicitada por la denunciante por encontrarse el asegurado en un supuesto de preexistencia, resulta necesario determinar este concepto y el tratamiento legal que se le ha dado. Así, tenemos que el artículo 118° de la Ley 29946, Ley de Contrato de Seguro establece que una preexistencia es: “... cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud (...)”.
36. De la citada norma se desprende que, en el ámbito de la contratación de un seguro, la preexistencia tiene como premisa el diagnóstico -o la puesta en conocimiento del asegurado- de una condición de salud anterior a la celebración del contrato de seguro y no resuelta a ese periodo.
37. En primer lugar, si bien la denunciante sostuvo que la aseguradora no le brindó la información necesaria sobre el seguro de desgravamen contratado, cabe precisar que, de la revisión de las condiciones de la póliza de Seguro de Desgravamen suscrito por su madre el 18 de noviembre de 2021, al contratar el crédito con el Banco (bajo la Póliza N° 0049124), se observa que las partes pactaron la cobertura del seguro, entre otros, por fallecimiento, incorporando como causales de exclusión de cobertura la preexistencia de una enfermedad causante del siniestro<sup>18</sup>: “EXCLUSIONES: a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro, o enfermedades congénitas. (...)”.
38. Por tanto, se verifica que en el contrato de seguro que suscribió la señora De la Cruz, al adquirir un crédito con la entidad bancaria, se consignó

<sup>16</sup> Notificada el 17 de agosto de 2022, según se advierte en la foja 117 del expediente. Cabe precisar que la solicitud de cobertura fue formulada el 3 de junio de 2022 -en las fojas 79 y 80 del expediente-, siendo que la compañía aseguradora le requirió información como el certificado de defunción completo y el resultado de anatomía patológica -foja 114 del expediente-.

<sup>17</sup> Cabe precisar que, la compañía de seguros fundamentó su negativa alegando que “(...) De acuerdo con el Certificado de Defunción, la Sra. DE LA CRUZ VICENTE ELIZABETH ELVIRA falleció el día 1 de julio de 2022 a consecuencia de infarto cardiaco, siendo la enfermedad que produjo la muerte tumor maligno de ovario (...) Según la información proporcionada por Mibanco, la fecha de afiliación a la póliza N° 49124 fue el 18 de noviembre de 2021 para el crédito 119715613. De acuerdo a la información médica enviada, se evidencia que el asegurado fue diagnosticado con la enfermedad de tumor maligno por lo menos desde hace 8 años. Considerando lo mencionado, les indicamos lo siguiente: En tal sentido, y con la documentación enviada, se ha evidenciado que la enfermedad que fue causa del fallecimiento de la Sra. De La Cruz, se diagnosticó antes del inicio de vigencia de la póliza N° 49124. Por lo tanto, al tratarse de una enfermedad preexistente, esta condición se encuentra dentro de los riesgos no cubiertos por la póliza de desgravamen contratada. (...)”. En el reverso de la foja 8 del expediente.

<sup>18</sup> En las fojas 8 a 9 del expediente.



expresamente como cláusula de exclusión que la póliza no cubría siniestros ocurridos a consecuencia de una enfermedad preexistente. Además, cabe señalar que, de la revisión de la citada póliza, se observa que la madre de la denunciante plasmó su firma en el aludido contrato, lo cual permite concluir que la asegurada siempre tuvo conocimiento de los términos y condiciones del Seguro de Desgravamen que estaba contratando, siendo además que, a lo largo del procedimiento, ninguna de las partes ha cuestionado o desconocido la veracidad de la rúbrica bajo mención contenida en el aludido instrumento, por lo que cabe desestimar dicho argumento.

39. Sin perjuicio de lo anterior, resulta pertinente tomar en cuenta lo dispuesto por el artículo 15° de la Resolución SBS N° 3202-2013, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros (en adelante, el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros), el cual señala que el rechazo de un siniestro debe ser fundamentado por la empresa, quien deberá contar con el respectivo sustento en el expediente del siniestro. Así, las compañías aseguradoras deben informar detalladamente, mediante comunicación cursada al asegurado o al beneficiario, según corresponda, los motivos que sustentan el rechazo del siniestro, adjuntando copia de los documentos tomados en cuenta para fundamentar su decisión<sup>19</sup>.
40. Por tal motivo, corresponde a esta Sala dilucidar si el rechazo de cobertura emitido por Pacífico contaba con una justificación válida y se encontraba debidamente fundamentado, así como sustentado, considerando que, por mandato legal, la compañía aseguradora se encuentra obligada a fundamentar debidamente el rechazo del siniestro.
41. Además de los medios probatorios citados en el numeral 34, obran en el expediente la siguiente documentación presentada por Pacífico:
  - i) Copia de la hoja de afiliación del 3 de abril de 2017, emitida por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (en adelante, el INEN)<sup>20</sup>, a fin de aperturar la Historia Clínica N° 0614535 correspondiente a la señora De La Cruz, siendo que en dicho documento se dejó constancia expresa de su diagnóstico de *NM Cérvix IIB*<sup>21</sup> – *C539*<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> RESOLUCION SBS. N° 3202-2013. REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN Y PAGO DE SINIESTROS. Artículo 15.- Rechazo de siniestros. El rechazo de un siniestro debe ser fundamentado por la empresa, debiendo contar con el respectivo sustento en el expediente del siniestro. Los expedientes de siniestros deben contar con los informes técnicos que se hubieran emitido, los informes de los ajustadores de siniestros, de ser el caso, y demás documentos que sustenten la decisión adoptada por la empresa. Dichos expedientes deben encontrarse a disposición de la Superintendencia, cuando ésta lo requiera. La empresa debe informar detalladamente, mediante comunicación cursada al asegurado o al beneficiario, según corresponda, a través de los mecanismos y en las direcciones pactadas en la póliza, los motivos que sustentan el rechazo del siniestro, adjuntando copia de los documentos tomados en cuenta para fundamentar su decisión, debidamente suscrita por el responsable del área encargada de evaluar los siniestros. Dicha comunicación debe ser elaborada y entregada al asegurado o al beneficiario dentro de los plazos establecidos en los artículos 8 u 11 del presente Reglamento, según corresponda.

<sup>20</sup> En el reverso de la foja 96 del expediente.

<sup>21</sup> EL cáncer de cuello uterino del estadio IIB es aquel cáncer que se diseminó al tejido que rodea el útero. (ver: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/estadios>).

<sup>22</sup> Tumor Maligno del Cuello del Útero Sin Otra Especificación. LIE Bajo Grado, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), según



- ii) Copia del documento denominado “Anamnesis<sup>23</sup> y exámenes clínicos”, en los que se recopiló el testimonio de la asegurada, quien indicó que hace 4 meses presentaba episodios de *ginecorragia*<sup>24</sup>; por lo que tras la toma de una biopsia del *endocervix*<sup>25</sup>, se evidenció un *carcinoma epidermoide infiltrante*<sup>26</sup>.
- iii) Copia de las notas de evolución y control de la señora De la Cruz a partir del 15 de mayo de 2017 hasta 12 de enero de 2022, emitida por el personal del INEN<sup>27</sup>, en las cuales dejaron constancia de lo siguiente:
- a) La señora De la Cruz, tras el diagnóstico de cáncer de cérvix IIB, recibió tratamiento de quimioterapia y radioterapia –foja 98 del expediente-, siendo que el 3 de agosto de 2017, se indicó que la paciente había culminado con sus sesiones concurrentes de ambos tratamientos –foja 100 del expediente-. Así, en un control efectuado el 26 de octubre de 2018 –foja 103 del expediente-, se indicó que su estudio ecográfico salió normal.
- b) El 25 de abril de 2019, tras haber acudido a su control, la paciente manifestó recibir quimioterapia por metástasis a su pulmón, por recurrencia de enfermedad<sup>28</sup>, la cual estaría siendo tratada en el Hospital Santa Rosa –foja 104 del expediente-.
- c) En la nota de evolución del 30 de abril de 2020 –foja 105 del expediente- se dejó constancia de que la paciente tenía recurrencia pulmonar y supraclavicular, así como metástasis cerebral. Sin perjuicio de lo anterior, se dejó constancia que no se evidenció tumoración alguna en el área vaginal.
- d) El 21 de mayo de 2020, finalizó el tratamiento por radioterapia; no obstante, continuó con la ingesta de medicamentos especializados para el tratamiento de cáncer, como *gemcitabina*<sup>29</sup>, de acuerdo a la nota de evolución del 28 de setiembre de 2020 –foja 84 del

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3628061/Manual%20de%20Registro%20y%20Codificaci%C3%B3n%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20la%20Consulta%20Externa%3A%20C%C3%A1ncer.pdf>.

<sup>23</sup> La anamnesis es el proceso de exploración clínica mediante el cual el personal de salud recopila información del paciente a través de la formulación de diversas preguntas respecto de sus dolencias, aspectos genéticos, familiares, ambientales, etc., con la finalidad de elaborar una historia clínica completa.

Rodríguez García, Pedro Luis, & Rodríguez Pupo, Luis. (1999). Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 409-414. Recuperado en 10 de junio de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-2125199900400011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125199900400011&lng=es&tlng=es).

<sup>24</sup> “El endocervix es la parte interna del cuello uterino que forma el canal que conecta la vagina con el útero...” Ver: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino#:~:text=El%20endoc%C3%A9rvix%20es%20la%20parte,de%20columna%20que%20producen%20moco>.

<sup>25</sup> Una hemorragia ginecológica es definida como una hemorragia uterina anormal o que no tiene relación con el ciclo menstrual. Ver: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hemorragias-ginecologicas>

<sup>26</sup> “El carcinoma epidermoide es un tumor maligno de los queratinocitos epidérmicos que invade la dermis...” Ver: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/c%C3%A1ncer-cut%C3%A1neos/carcinoma-epidermoide>

<sup>27</sup> En la foja 98 del expediente.

<sup>28</sup> Sobre el particular, la recurrencia del cáncer ocurre cuando “...reaparece después de un período de remisión (...) Una recurrencia de cáncer sucede porque, a pesar de hacer todo lo posible por eliminar el cáncer, algunas de sus células permanecieron. Esas células pueden crecer y causar síntomas...” Ver: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer/art-20044575#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20una%20recurrencia%20del,pueden%20crecer%20y%20causar%20s%C3%ADntomas>.

<sup>29</sup> “Gemcitabina es un fármaco de quimioterapia utilizado para tratar diferentes tipos de cáncer...” Ver: <https://www.oncohealth.eu/es/area-paciente/cancer/informacion-soporte-paciente/informacion-general/tratamiento/quimioterapia/listado-farmacos/gemcitabina>.



- expediente–, en donde además se dejó constancia el diagnóstico de metástasis cerebral y cerebelosa.
- e) El 3 de mayo de 2021, se dejó constancia que la señora De la Cruz tenía como tratamiento oncológico activo la quimioterapia –foja 89 del expediente–, siendo que el 10 de diciembre de 2021 se consignó que la paciente evidenciaba una progresión de la enfermedad foja 91 del expediente–.
- f) El 12 de enero de 2022 se le hizo un telemonitoreo, dejándose constancia que tenía como diagnóstico “*monorrena funcional derecha*”<sup>30</sup>.
- iv) Certificado de defunción de la señora De la Cruz, en el que se consignó que la enfermedad que produjo el fallecimiento directo de la asegurada el 22 de abril de 2022 fue un “*tumor maligno del ovario*” – C56<sup>31</sup>, el cual le habría sido diagnosticado hace 8 años; es decir, en el año 2014<sup>32</sup>.
42. De la valoración de los medios probatorios aludidos en el numeral anterior, esta Sala advierte, en primer lugar, que el fallecimiento de la señora De la Cruz ocurrido el 22 de abril de 2022 se dio como consecuencia de un tumor maligno en el ovario (diagnóstico C56), siendo que dicha enfermedad había empezado desde hace 8 años; es decir, desde el año 2014. Cabe precisar que el médico que firmó dicho documento solo dejó constancia que constató la defunción; es decir, no era el médico tratante de dicha enfermedad, por cuanto el fallecimiento se produjo en el domicilio de la asegurada.
43. Si bien, en sus descargos, la compañía aseguradora señaló que había advertido un diagnóstico de cáncer al cuello uterino del año 2017, y que dicha enfermedad había progresado hasta tener recurrencia pulmonar y metástasis cerebral y cerebelosa en el año 2021, esta Sala advierte que el motivo en el cual se sustentó la denegatoria de cobertura recogida en la Carta BEN-031073/2022 del 18 de agosto de 2022 no fue por dicha condición, sino por el diagnóstico de otra enfermedad (tumor maligno en el ovario), la cual habría ocurrido muchos años antes (2014) del diagnóstico de cáncer de cuello uterino que recibió en el 2017.
44. En tal sentido, correspondía que la compañía aseguradora tuviera el sustento médico de lo alegado en su carta de denegatoria de cobertura, pues a criterio de este Colegiado, a fin de sustentar la efectiva determinación de un diagnóstico que será opuesto al asegurado como una causal de exclusión de cobertura por un seguro que ha contratado, siempre resultará necesario

<sup>30</sup> Es decir, contaba con solo un riñón que funcionaba. Ver: <https://rocclinic.com/blog/como-se-vive-con-un-solo-rinon/>.

<sup>31</sup> Neoplasia maligna de ovario, de acuerdo a la CIE, según <https://mediately.co/es/icd/C00-D48/set/C51-C58/clc/C56.9/Neoplasia-maligna-de-ovario-no-especificado>.

<sup>32</sup> En la foja 77 del expediente. Sobre el particular, cabe precisar que, de acuerdo al Modelo Internacional de las Causas de la Defunción, 8 años constituiría el tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte, de acuerdo a la página 32 de la Guía Técnica para el Correcto Llenado del Certificado de Defunción (<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4459.pdf>).



efectuar una confrontación con su historia clínica, al tratarse esta de una fuente que registra datos confiables y fidedignos sobre los antecedentes médicos de una persona; pues, tal como ha sido señalado en anteriores pronunciamientos<sup>33</sup>, se presume que la información consignada en la historia clínica corresponde a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención del paciente, conforme a la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica<sup>34</sup>.

45. Sin embargo, de la revisión íntegra de la historia clínica presentada por la compañía aseguradora, esta Sala no advierte que el personal de salud haya consignado que la señora De la Cruz fue diagnosticada de un tumor maligno de ovario, o alguna vinculatoriedad entre un diagnóstico del tumor en el ovario del año 2014 y una progresión del mismo que haya generado un cáncer de cuello uterino -lo que le fue diagnosticado en el 2017-. Además, cabe precisar que la información médica que obra en el expediente data del 2017, y no desde el 2014, según lo alegado en la carta de denegatoria.
46. En sentido contrario sucede con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, el cual sí tiene un respaldo médico que lo sustenta, pues conforme se citó en los sendos reportes médicos, si bien este cáncer fue tratado con quimioterapia y radioterapia, lo cierto es que culminó su tratamiento no encontrando lesiones tumorales en los controles posteriores, aunque meses después hizo metástasis a otros órganos; no obstante, el personal que certificó la defunción no consignó que la muerte de la asegurada se haya debido a este tipo de cáncer de cuello uterino, o a la metástasis de esta enfermedad en otros órganos.
47. Así, no hay evidencia médica fehaciente en el expediente que permita concluir que los diagnósticos de cáncer evidenciados en el 2017 hayan guardado relación con la patología descrita en el certificado de defunción -la cual, según se indicó, había empezado desde el año 2014-, a efectos de hacerlo oponible ante la señora Cueva.
48. En ese sentido, pese a que el artículo 15° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros obliga a las compañías aseguradoras a sustentar el rechazo de un siniestro, y a contar con el sustento del mismo en un expediente interno, debe precisarse que, de lo indicado en su carta de denegatoria, referido a que la denunciante tenía un tumor maligno en el ovario desde el año 2014, lo cierto es que Pacífico no fundamentó ni acreditó que la causa directa del fallecimiento de la señora De la Cruz estuvo vinculada directa o indirectamente al cáncer de cuello uterino diagnosticado en el año 2017; por

<sup>33</sup> Ver Resoluciones 2483-2017/SPC-INDECOPI del 16 de agosto de 2017, 2157-2018/SPC-INDECOPI del 22 de agosto de 2018 o 2271-2022/SPC-INDECOPI del 2 de noviembre de 2022.

<sup>34</sup> NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Principio de veracidad.- Es aquel que está referido a que la información consignada en la historia clínica (manuscrita o electrónica), debe corresponder a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención del paciente o usuario de salud.



tanto, dicha condición de salud no resulta ser oponible ni derivó en una causal de exclusión.

49. Cabe precisar que la compañía aseguradora pudo requerir más información a efectos de sustentar su denegatoria de cobertura, por cuanto se encontraba facultada contractual y legalmente para dicha finalidad, según lo dispuesto en el apartado 9 de la misma Solicitud/Certificado del Seguro de Desgravamen – Póliza N° 0049124<sup>35</sup> y el artículo 8° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros<sup>36</sup>; más aún considerando que el médico encargado del certificado de defunción no constató la condición médica que tenía la señora De la Cruz, pues solo se encargó de certificar su muerte. Además, en el apartado 11 de la referida póliza, la propia asegurada había dado su consentimiento para que Pacífico pudiera requerir información médica a cualquier médico, hospital, clínica, etc.<sup>37</sup>, como, por ejemplo, al Hospital Santa Rosa; lugar en donde la señora De la Cruz también llevó un tratamiento oncológico en el año 2019, según lo declarado por la paciente en las notas de seguimiento del INEN -ver punto iii.b) del numeral 41-.
50. Finalmente, si bien Pacífico sostuvo que la asegurada, aunque fue informada de los términos y condiciones del seguro, incurrió en una declaración inexacta al momento de señalar su estado de salud en la contratación del seguro, cabe señalar que el motivo por el cual dicha compañía aseguradora se negó a otorgar la cobertura requerida por la señora Cueva consistió en la configuración de una causal de exclusión por enfermedad preexistente de la asegurada.
51. Por lo que, si bien la denunciada alegó durante el transcurso del procedimiento que, al momento de la contratación de la póliza objeto de controversia, la asegurada brindó declaraciones inexactas sobre su estado de salud -lo que liberaría a la denunciada del pago de la cobertura requerida-; lo cierto es que, con prescindencia de la veracidad o no de dicha afirmación, tal argumento no puede ser materia de análisis en el caso que nos ocupa, en tanto el mismo no fue opuesto a la señora Cueva en su debida oportunidad por parte de la compañía de seguros, conforme lo exige el artículo 9° de la Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> "... En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información." En el reverso de la foja 62 del expediente.

<sup>36</sup> **RESOLUCIÓN SBS N° 3202-2013. REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN Y PAGO DE SINIESTROS. Artículo 11°. Liquidación del siniestro cuando no interviene un ajustador.** Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, la empresa deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. (...).

<sup>37</sup> "... Por la presente, me comprometo a realizar las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicite la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de ser el caso y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros y otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la Compañía". En la foja 63 del expediente.

<sup>38</sup> **LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. Artículo 9°. Plazo para pronunciarse.** El asegurador dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta a que se refiere el artículo anterior, plazo que debe computarse



52. En efecto, según la norma en mención, la aseguradora únicamente dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta (plazo que debe computarse desde que conoce dicha situación), lo cual no sucedió en el presente caso, conforme se desprende de los actuados en el expediente.
53. Sostener lo contrario, es decir, que la compañía aseguradora puede efectuar nuevas y distintas observaciones a las formuladas en la primera oportunidad que tuvo, significaría no sólo vulnerar lo dispuesto en el referido dispositivo legal sino, también, generar y acentuar una situación de desventaja, o desequilibrio e indefensión en el asegurado, pues éste no podría salir de su estado de incertidumbre incluso luego de haberse negado la cobertura sustentada en alguna causal de exclusión, facultando de manera indebida a que la proveedora invoque en cualquier momento y sin limitación temporal otras causales distintas, agravando su situación, lo cual a la larga produciría distorsiones o malas prácticas en este sector del mercado, lo que no es deseable y, más bien, debe corregirse.
54. Por lo expuesto, corresponde revocar la resolución venida en grado, en el extremo que declaró infundada la denuncia contra Pacífico; y, en consecuencia, se declara fundada la misma, al haberse probado que la compañía aseguradora efectuó dicha denegatoria de forma injustificada y sin haber sustentado la misma.

#### Sobre la graduación de la sanción

55. Las sanciones de tipo administrativo tienen por principal objeto disuadir o desincentivar la realización de infracciones por parte de los administrados. Así, el fin de las sanciones es, en último extremo, adecuar las conductas al cumplimiento de determinadas normas. Así, a efectos de graduar la sanción a imponer, el TUO de la LPAG recoge dentro de los principios de la potestad sancionadora el de Razonabilidad, según el cual la autoridad administrativa debe asegurar que la magnitud de las sanciones sea mayor o igual al beneficio esperado por los administrados por la comisión de las infracciones. Como parte del contenido implícito del Principio de Razonabilidad, se encuentra el Principio de Proporcionalidad, el cual supone una correspondencia entre la infracción y la sanción, con interdicción de medidas innecesarias o excesivas.
56. Considerando que se ha determinado la responsabilidad de Pacífico por haber denegado de manera injustificada la cobertura por fallecimiento del seguro de desgravamen, a favor de la señora Cueva, en virtud del fallecimiento de su madre -titular de la referida póliza-, ocurrido el 22 de abril de 2022, corresponde que esta Sala imponga una sanción por la mencionada conducta.

---

desde que el asegurador conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento del asegurador debe ser notificado por medio fehaciente.



57. Al respecto, es importante mencionar que, el 14 de junio de 2021 entró en vigor el Decreto Supremo 032-2021-PCM, que aprueba la graduación, metodología y factores para la determinación de las multas que impongan los órganos resolutores del Indecopi respecto de las infracciones sancionables en el ámbito de su competencia (en adelante, el Decreto Supremo 032-2021-PCM). Así, de acuerdo con la única disposición complementaria transitoria del citado decreto, únicamente los procedimientos administrativos que estuvieran en trámite a su entrada en vigencia, esto es, antes del 14 de junio de 2021, seguirán manteniendo la graduación y determinación de la sanción conforme a la normativa vigente a la fecha de inicio de estos<sup>39</sup>, por lo que tomando en cuenta que el presente procedimiento se inició mediante la notificación de la Resolución 1 del 23 de enero de 2023, corresponde utilizar las disposiciones establecidas en dicha normativa.
58. En tal sentido, resulta pertinente aplicar el método basado en valores establecidos, ya que la conducta infractora -referida a la denegatoria injustificada de cobertura solicitada por fallecimiento del seguro de desgravamen- se desarrolló por un periodo menor a dos (2) años, no daño ni puso en riesgo la vida y salud de las personas, además de que tuvo un alcance geográfico menor a nivel nacional<sup>40</sup>. Asimismo, teniendo en consideración las circunstancias en las que se desarrolló el hecho denunciado, debe tomarse en cuenta los siguientes factores: i) La infracción cometida presentó un nivel alto (k), ya que la cuantía de la cobertura por fallecimiento del seguro de desgravamen ascendía a más de 8 UIT, considerando el saldo deudor del crédito asegurado<sup>41</sup>; ii) La denunciada era una gran empresa ( $K$ )<sup>42</sup>; iii) El factor de duración (D) fue de 1,0, pues se trataba de una infracción de naturaleza instantánea<sup>43</sup>; iv) No se configuró ningún factor agravante o atenuante; y, v) La multa no superó el tope legal máximo ( $M^*$ ).
59. Por tanto, teniendo en consideración los valores y las fórmulas matemáticas establecidas en el Decreto Supremo, lo que no vulnera los Principios de

<sup>39</sup> DECRETO SUPREMO 032-2021-PCM, DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA LA GRADUACIÓN, METODOLOGÍA Y FACTORES PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS MULTAS QUE IMPONGAN LOS ÓRGANOS RESOLUTIVOS DEL INDECOPI RESPECTO DE LAS INFRACCIONES SANCIONABLES EN EL ÁMBITO DE SUS COMPETENCIAS DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA. Única. Normas aplicables a los procedimientos administrativos sancionadores en trámite. La graduación y determinación de las multas para los procedimientos administrativos sancionadores que estén en trámite a la entrada en vigencia del presente Decreto Supremo, se seguirá realizando conforme a las normas vigentes a la fecha de inicio de dichos procedimientos.

<sup>40</sup> Por cuanto dicha conducta se produjo con la emisión de la Carta BEN-031073/2022 del 18 de agosto de 2022, la cual estuvo dirigida únicamente a la señora Cueva.

<sup>41</sup> Sobre el particular, de acuerdo con lo previsto en la póliza de seguro -ver foja 109 del expediente-, la suma asegurada equivale al saldo deudor del crédito concedido al asegurado existente al momento del fallecimiento, según el cronograma de pagos original del crédito. Por lo tanto, según lo previsto en el reporte de movimientos de pago del Banco -foja 113 del expediente-, correspondiente al crédito de la señora De la Cruz, esta Sala aprecia que el saldo deudor a la fecha de fallecimiento de la señora De la Cruz era de S/ 56 889,26. Así, considerando el valor de la UIT (2022) a la fecha de la denegatoria del seguro, el monto adeudado se traduce en 12,37 UIT.

<sup>42</sup> Calificación otorgada según la información contenida en la base de datos denominada "Padrón SUNAT" (2021), año anterior a la comisión de la infracción, conforme a lo establecido en el Cuadro 19 del Decreto Supremo.

<sup>43</sup> Realizando la precisión de que se produjo con la denegatoria de la cobertura solicitada por la interesada, esto es, con la Carta del 17 de agosto de 2022.



Razonabilidad y Predictibilidad, corresponde sancionar a Pacífico con una multa de 22,97 UIT por el hecho infractor antes señalado<sup>44</sup>.

### Sobre la medida correctiva

60. El artículo 114° del Código establece que la autoridad administrativa podrá -a pedido de parte o de oficio- adoptar las medidas que tengan por finalidad revertir los efectos que la conducta infractora hubiera ocasionado o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro. Asimismo, el artículo 115° del Código dispone que la finalidad de las medidas correctivas reparadoras es resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior.
61. En el presente caso, considerando que se ha determinado la responsabilidad de Pacífico por la denegatoria injustificada de la cobertura del seguro de desgravamen solicitada por la denunciante, y a efectos de revertir los efectos de la conducta infractora probada en el presente pronunciamiento, esta Sala considera que corresponde ordenar a Pacífico que, en un plazo de quince (15) días hábiles, contado a partir de notificada la presente resolución, cumpla con otorgar a favor de la señora Cueva la cobertura prevista en el Seguro de Desgravamen contratado por su fallecida madre, de conformidad con los términos y condiciones establecidas en la misma, más los intereses legales correspondientes devengados desde la fecha en que la aseguradora emitió la carta de negativa de la cobertura -17 de agosto de 2022- hasta la fecha efectiva de pago.

### Sobre la condena al pago de las costas y los costos del procedimiento; así como, la inscripción en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi

62. Ante lo alegado por la denunciante en el punto i) del numeral 6, considerando que se ha probado la responsabilidad de Pacífico por infracción de los artículos 18° y 19° del Código, corresponde ordenar a la denunciada que, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles de notificada la presente resolución, cumplan con pagar al interesado las costas del procedimiento por un monto ascendente a S/ 36,00; sin perjuicio de lo anterior y, de considerarlo pertinente, la denunciante podrá solicitar el reembolso de los montos adicionales en que hubiese incurrido para la tramitación del presente procedimiento, para lo cual deberá presentar una solicitud de liquidación de costos<sup>45</sup>. Finalmente,

<sup>44</sup> Por tanto, se requiere a Pacífico el cumplimiento espontáneo de la multa impuesta, bajo apercibimiento de iniciar el medio coercitivo específicamente aplicable, de acuerdo a lo establecido en el numeral 4 del artículo 205° del TUO de la LPAG, precisándose, además, que los actuados serán remitidos a la Unidad de Ejecución Coactiva para los fines de ley en caso de incumplimiento.

<sup>45</sup> En aplicación de lo establecido por el artículo 7° del Decreto Legislativo 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, que otorga potestad a la autoridad administrativa de ordenar el pago de los costos y costas en que hubiera incurrido la parte denunciante en los casos en que, luego del análisis correspondiente, así lo considere conveniente.

Así, si bien Pacífico sostuvo que la denunciante no adjuntó el recibo por honorarios de su abogado en su recurso de apelación, esta Sala considera precisar que no resulta relevante que la señora Cueva no haya adjuntado dicho documento en tal oportunidad, por cuanto tiene la



corresponde disponer su inscripción en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi, por dicho extremo<sup>46</sup>.

63. En atención a lo dispuesto en el artículo 37° de la Directiva 001-2021-COD-INDECOPI, Directiva Única que regula los Procedimientos de Protección al Consumidor previstos en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, se requiere a Pacífico que presente a la Comisión los medios probatorios que demuestren el cumplimiento de la medida correctiva reparadora ordenada y el pago de las costas del procedimiento, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles, contado a partir del vencimiento del plazo que se otorga para cumplir el mandato; bajo apercibimiento de imponer una multa coercitiva por incumplimiento de la medida correctiva y del pago de las costas del procedimiento, conforme a lo establecido en los artículos 117° y 118° del Código.
64. De otro lado, en caso se produzca el incumplimiento del mandato, la denunciante podrá comunicarlo a la Comisión, la cual evaluará la imposición de la multa coercitiva por incumplimiento de la medida correctiva y del pago de las costas del procedimiento, conforme a lo establecido en los artículos 40° y 41° de la citada directiva.

### Sobre la remisión de la resolución a la SBS

65. Este Colegiado considera que, habiéndose verificado la comisión de la conducta infractora imputada contra Pacífico; y, considerando que la SBS constituye la entidad reguladora y supervisora de las empresas que operan en el sistema de seguros, corresponde a la Secretaría Técnica de la Sala remitirle periódicamente copia de las resoluciones que imponen sanciones a dichas empresas en virtud de los procedimientos seguidos en su contra, para que, en el marco de sus competencias, adopte las medidas que considere pertinentes.

### **RESUELVE:**

**PRIMERO:** Confirmar la Resolución 1722-2023/CC1 del 19 de julio de 2023, emitida por la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1, en el extremo que declaró improcedente la denuncia contra Mibanco – Banco de la Microempresa S.A., por falta de legitimidad para obrar pasiva, ya que no le correspondía otorgar la cobertura del seguro de desgravamen solicitada.

**SEGUNDO:** Revocar la Resolución 1722-2023/CC1, en los extremos que declaró infundada la denuncia contra Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.: i)

---

posibilidad de hacerlo con posterioridad a la emisión del presente pronunciamiento, por lo que cabe desestimar lo indicado por la denunciada en este punto.

<sup>46</sup> De acuerdo con lo establecido en el artículo 119° del Código, los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa quedan automáticamente registrados en el RIS por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución.



Por no haber brindado una respuesta adecuada al reclamo presentado el 12 de setiembre de 2022; y, en consecuencia, se declara improcedente la misma, por falta de legitimidad para obrar activa, ya que el reclamo fue interpuesto por un tercero ajeno al presente procedimiento; ii) Por la denegatoria de cobertura del seguro de desgravamen; y, en consecuencia, se declara fundada la misma, al haberse probado que la compañía aseguradora efectuó dicha denegatoria de forma injustificada y sin haber sustentado la misma.

**TERCERO:** Sancionar a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 22,97 UIT, por infracción de los artículos 18° y 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor.

Requerir a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. el cumplimiento espontáneo de pago de la multa impuesta, bajo apercibimiento de iniciar el medio coercitivo específicamente aplicable, de acuerdo con lo establecido en el numeral 4 del artículo 205° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, precisándose, además, que los actuados serán remitidos a la Unidad de Ejecución Coactiva para los fines de ley en caso de incumplimiento.

**CUARTO:** Ordenar a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. en calidad de medida correctiva reparadora que, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con otorgar a favor de la señora Zoila Cueva De la Cruz la cobertura prevista en el Seguro de Desgravamen – Póliza N° 0049124 contratado por su fallecida madre, de conformidad con los términos y condiciones establecidas en la misma, más los intereses legales correspondientes devengados desde la fecha en que la aseguradora emitió la carta de negativa de la cobertura -17 de agosto de 2022- hasta la fecha efectiva de pago.

**QUINTO:** Condenar a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. al pago de las costas y costos del procedimiento a favor de la señora Zoila Cueva De la Cruz por la infracción probada en la presente decisión.

**SEXTO:** En atención a lo dispuesto en el artículo 37° de la Directiva 001-2021-COD-INDECOPI, Directiva Única que regula los Procedimientos de Protección al Consumidor previstos en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, se requiere a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que presente a la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1 los medios probatorios que demuestren el cumplimiento de la medida correctiva reparadora ordenada y el pago de las costas del procedimiento a favor de la denunciante, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles, contado a partir del vencimiento del plazo que se otorga para cumplir el mandato; bajo apercibimiento de imponer una multa coercitiva por incumplimiento de la medida correctiva y del pago de las costas del procedimiento, conforme a lo establecido en los artículos 117° y 118° del Código de Protección y Defensa del Consumidor.



PERÚ

Presidencia  
del Consejo de Ministros

INDECOPI

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



RESOLUCIÓN 1707-2024/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 2445-2022/CC1

De otro lado, en caso se produzca el incumplimiento del mandato, la parte denunciante podrá comunicarlo a la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1, la cual evaluará la imposición de la multa coercitiva por incumplimiento de la medida correctiva y del pago de las costas del procedimiento, conforme a lo establecido en los artículos 40° y 41° de la citada directiva.

**SÉPTIMO:** Disponer la inscripción de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi por la infracción probada en la presente decisión.

**OCTAVO:** Remitir copia de la presente resolución a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, para que, en el marco de sus competencias, adopte las medidas que considere pertinentes.

**Con la intervención de los señores vocales Hernando Montoya Alberti, Camilo Nicanor Carrillo Gómez, Julio Baltazar Durand Carrión y José Abraham Tavera Colugna.**

**HERNANDO MONTOYA ALBERTI**  
Presidente