

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Segunda Especialidad en Derecho Procesal Constitucional y
Administrativo



**Análisis procesal y sustancial del expediente administrativo 203-2022/CPC-
INDECOPI-AQP**

Trabajo Académico presentado por el Abogado :

Cuadros Salazar, Yul Santiago

ORCID: 0000-0001-6775-602X

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Derecho Procesal Constitucional y
Administrativo

Asesor:

Mg. Veliz Vizcardo, Giancarlo Christian

ORCID: 0009-0005-8910-0394

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN DERECHO PROCESAL CONSTITUCIONAL Y
ADMINISTRATIVO**

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 29 de Septiembre del 2025

Dictamen: 016284-C-FCJyP-2025

Visto el borrador del expediente 016284, presentado por:

2024005810 - CUADROS SALAZAR YUL SANTIAGO

Titulado:

**ANÁLISIS PROCESAL Y SUSTANCIAL DEL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO
203-2022/CPC-INDECOPI-AQP**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

DERECHO PROCESAL CONSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVO

**23853908 - FARFAN RODRIGUEZ WILLIAM
DICTAMINADOR**



**42092221 - CHAVEZ URQUIZO EMMANUEL NEPTALI AUGUSTO
DICTAMINADOR**



**70672448 - DEL CARPIO UGARTE CESAR ALEJANDRO
DICTAMINADOR**



ANÁLISIS PROCESAL Y SUSTANCIAL DEL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO 203-2022/CPC-INDECOPI-AQP

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	16%	7%	5%
ÍNDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
2	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Pontificia Universidad Católica del Perú Trabajo del estudiante	1%
4	img.lpderecho.pe Fuente de Internet	1%
5	www.munizlaw.com Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
7	vsip.info Fuente de Internet	<1%
8	lexsoluciones.com Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	vlex.com.pe Fuente de Internet	<1%
11	lpderecho.pe Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

A mi hijo André Santiago Cuadros Gómez, por ser mi fuerza e impulso.



RESUMEN

En el presente trabajo, se realizará un análisis del contenido del Expediente Administrativo seguido ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI, signado bajo el número 203-2022/CPC-INDECOPI-AQP, el cual versa principalmente sobre la controversia surgida luego de que la parte denunciada – P.C.S.R (en adelante, la Aseguradora) – denegara la cobertura de dos pólizas contratadas – seguros de desgravamen – por el fallecido esposo de la parte denunciante – el señor G.H.R. – alegando que el mismo cometió suicidio y que ello se encuentra contenido dentro de las condiciones de exclusión de las coberturas contratadas. Adicionalmente, se denunció a la aseguradora por no responder una carta notarial del 13 de noviembre del 2019. En el mismo tenor, se denunció a una institución financiera – B.C.P., donde nacieron las acreencias, por presuntamente no haber respondido una carta del 13 de noviembre del 2019.

La parte denunciante en el presente caso es la cónyuge – C.E.P.P.V.H – que le sobrevivió al fallecido titular de las coberturas, quien denunció que la negativa a las mismas, resultaba injustificada, en tanto a su criterio, considera que no se dieron los supuestos para que se niega la cobertura, en tanto no considera que se encuentre acreditado que su esposo haya cometido suicidio.

En ese sentido, se tiene del expediente analizado, el criterio adoptado por la Comisión de la Oficina Regional del INDECOPI – Arequipa (en adelante, la Comisión), quien actuó como primera instancia y el criterio adoptado por la Sala Especializada en Protección al Consumidor (en adelante, la Sala) como segunda instancia, con base en el análisis realizado por la autoridad administrativa respecto de la norma de protección al consumidor, la Ley del Contrato de Seguro y el propio contrato de las pólizas aceptadas por las partes. Así mismo, se tiene la interpretación efectuada por las partes involucradas sobre los alcances del contrato de póliza, así como la conclusión a la que arribó la aseguradora al revisar la historia clínica del fallecido titular, que motivaron la negativa. Finalmente, se tiene el análisis de tales documentos por parte de la autoridad administrativa y la emisión de la correspondiente resolución de primera y segunda instancia.

Palabras clave: Administrativo, Consumidor, Seguros.

ABSTRACT

In this paper, we will analyze the contents of Administrative File No. 203-2022/CPC-INDECOPI-AQP, filed with the National Institute for the Defense of Competition and Protection of Intellectual Property (INDECOPI), which mainly deals with the controversy that arose after the defendant – P.C.S.R (hereinafter, the Insurer) – denied coverage of two policies taken out – mortgage insurance – by the deceased husband of the complainant – Mr. G.H.R. – alleging that he committed suicide and that this is included in the conditions of exclusion of the coverage taken out. Additionally, the insurer was reported for failing to respond to a notarized letter dated November 13, 2019. Similarly, a financial institution – B.C.P., where the debts originated – was reported for allegedly failing to respond to a letter dated November 13, 2019.

The complainant in this case is the spouse—C.E.P.P.V.H.—who survived the deceased policyholder, who claimed that the refusal to pay the benefits was unjustified, as in her opinion, the conditions for denying coverage were not met, since she does not consider it proven that her husband committed suicide.

In this regard, based on the case file analyzed, the criteria adopted by the Commission of the Regional Office of INDECOPI – Arequipa (hereinafter, the Commission), which acted as the court of first instance, and the criteria adopted by the Specialized Chamber for Consumer Protection (hereinafter, the Chamber) as the court of second instance, based on the analysis carried out by the administrative authority with respect to consumer protection regulations, the Insurance Contract Law, and the policy contract itself accepted by the parties. Likewise, there is the interpretation made by the parties involved regarding the scope of the policy contract, as well as the conclusion reached by the insurer when reviewing the medical history of the deceased policyholder, which led to the refusal. Finally, there is the analysis of such documents by the administrative authority and the issuance of the corresponding first and second instance resolutions.

Keyword: *Administrative, Consumer, Insurance.*

INDICE

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION 1

CAPITULO I: ANTECEDENTES 2

1. Hechos relevantes..... 3
 - 1.1. Del escrito de denuncia 3
 - 1.2. De la defensa de los denunciados 5
 - 1.3. De la aseguradora 5
 - 1.4. Del banco..... 8
2. Medios probatorios obrantes en el expediente 9
3. Medidas correctivas solicitadas por la denunciante 11
4. De la resolución de primera instancia 11
5. De la etapa impugnatoria 16
 - 5.1. La apelación de la aseguradora..... 16
 - 5.2. La postura de la denunciante sobre la apelación de la aseguradora..... 21
 - 5.3. De la réplica de la aseguradora..... 23
 - 5.4. Del banco..... 25
6. De la resolución de segunda instancia..... 25
7. Del cumplimiento de la medida correctiva 29
8. De las costas y costos del procedimiento 30

CAPITULO II: MARCO LEGAL..... 31

1. Código de Protección y Defensa del Consumidor 32
2. Directiva Única N° 01-2021-COD-INDECOPI..... 35
3. Código Procesal Civil 37
4. Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444..... 39
5. Ley Contrato de Seguro N° 29946..... 41
6. Decreto Supremo 032-2021-PCM..... 42

CAPITULO III: ANÁLISIS DEL EXPEDIENTE N° 203-2022/CPC-INDECOPI-AQP 43

1. Antecedentes Relevantes – Jurisprudencia 44
2. De la denuncia..... 45
3. De La Defensa De Los Denunciados 47
 - 3.1. De la aseguradora 47
 - 3.2. Del banco..... 50

4. Del Trámite del Expediente.....	50
5. De la resolución de primera instancia	51
6. De la resolución de segunda instancia.....	53
CAPÍTULO IV: POSTURA PERSONAL SOBRE EL CASO ANALIZADO	55
1. Del Pronunciamiento de Primera Instancia.....	56
2. Del pronunciamiento de segunda instancia.....	59
CAPÍTULO V: CUESTION FINAL: SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE COSTAS Y COSTOS	62
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES Y OPINIÓN.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69



INTRODUCCION

Tomando como base los criterios de protección al Consumidor evocados por el Código de Protección y Defensa del Consumidor (En adelante, el Código), los consumidores que consideren que se han visto afectados sus derechos pueden recurrir al procedimiento de denuncia administrativa contra el proveedor que consideren que ha vulnerado sus derechos, incluso, considerando una interpretación extensiva de los alcances del Código.

En este tipo de casos, conforme los artículos 114°, 115° y 116° del Código, se podrán dictar las correspondientes medidas correctivas, cuya finalidad es la restitución de aquella afectación ocasionado al estado anterior a su ocurrencia o la reversión de las afectaciones ocasionadas. Dando cumplimiento a una de las finalidades de las normas de protección al consumidor, destinadas a permitir que los consumidores accedan a productos y servicios idóneos y que gocen de los mecanismos efectivos para su protección, con la intención de reducir la asimetría informativa que se da entre consumidores y proveedores.

Tomando ello en cuenta, un caso como el propuesto para análisis, permite conocer el desarrollo de un procedimiento de protección al consumidor a través de denuncia de parte, así como aquellas normas de vital aplicación para la determinación de las responsabilidades administrativas de los proveedores y en el caso en particular, las normas usadas para dilucidar un caso en el cual se deba interpretar los términos de un contrato de cobertura de póliza de desgravamen y los alcances de protección que brinda el Código.

En base a lo anterior, casos como el presente resultan ser un ejemplo importante sobre cómo se desarrolla el sistema de protección al consumidor en el Perú y cuáles son los criterios adoptados por la Comisión y la Sala al momento de resolver la litis, incluyendo principios como el *pro consumidor* y la *reducción de asimetría informativa*, mismos que, sin su consideración, el presente caso no se habría resuelto tal cual lo hizo, esto es, con dos pronunciamientos favorables para la denunciante en ambas instancias.



CAPITULO I: ANTECEDENTES

El esposo de la denunciante, el señor G.E.H.R., mantuvo dos productos con la institución financiera B.C.P referidos a dos créditos hipotecarios N° ***-***-*****506 y N° ***-***-*****101, créditos que fueron refinanciados de créditos previamente generados. Al respecto, ambos créditos contaban con la cobertura de las pólizas N° ****2065 y N° ****28445.

El titular de las pólizas falleció el 9 de octubre del 2019, luego del diagnóstico de falla orgánica múltiple detallado en el certificado de defunción, quedando impagas las acreencias, luego de haber permanecido en la unidad de cuidados intensivos por 4 días. Constando en el correspondiente certificado de defunción como causa de fallecimiento la probable ingesta de “veneno para palomas”.

Luego de fallecido el titular de las pólizas, la esposa de este, ahora denunciante, a través de diversas comunicaciones, principalmente las remitidas en fecha 28 de octubre del 2019 y 13 de noviembre del 2019, solicitó las coberturas de las pólizas contratadas, alegando además, haber sido declarada heredera del causante, conforme se inscribió en la correspondiente partida electrónica N° 11440616.

Finalmente, en fecha 2 de marzo del 2022, la compañía de seguros remitió una carta a la esposa del fallecido titular de las coberturas, denegando el pago de la cobertura, alegando que se concluyó de sus investigaciones que el causante falleció a causa de la ingesta intencional de veneno para palomas, lo que califica como suicidio.

1. Hechos relevantes

1.1. Del escrito de denuncia

Mediante escrito de fecha 3 de junio del 2022, la esposa del causante presentó su denuncia ante la Oficina Regional del INDECOPI de Arequipa, denunciado de manera expresa tanto a la aseguradora que generó la póliza y a la empresa financiera, atribuyendo:

- a. A la aseguradora la responsabilidad por no haber coberturado los seguros de desgravamen, no entregar las copias de las pólizas.

- b. Al banco por no entregar el cronograma de pagos del crédito y no entregar las pólizas contratadas luego de ser solicitadas por vía carta notarial.

Adicionalmente, la denunciante indicó que, era de suma importancia el conocer las fechas de contratación para validar el pedido de la denunciante de dar cobertura a las pólizas. También solicitó la imposición de multas para los administrados.

A razón de lo anterior, solicitó como medidas correctivas que, se declare la procedencia del pago de los seguros de desgravamen, que se reembolsen los gastos realizados por el procedimiento ascendentes a S/5 000.00 soles, que el banco entregue la documentación referida a los cronogramas de pagos de los créditos y las pólizas contratadas. También solicitó que se dé respuesta a sus cartas del 13 de noviembre del 2019. Finalmente, solicitó el reembolso del pago de costas y de costos.

En fecha 5 de julio del 2022, la Secretaría Técnica adscrita a la Comisión de Protección al Consumidor de la ORI Arequipa (en adelante, la Secretaría), emitió la Resolución N° 1, mediante la cual admitía a trámite la denuncia presentada por la denunciante bajo el N° de Expediente 203-2022/CPC-INDECOPI-AQP, imputando como presuntas conductas infractoras las siguientes:

- a. Como presunta infracción al artículo 19° del Código, lo referido a que la aseguradora habría denegado el pago del beneficio de seguro de desgravamen, aduciendo la exclusión de la cláusula Décimo Tercera, alegando un riesgo no cubierto por suicidio, situación que no se condice con la realidad de los hechos, ni la historia clínica y certificado de necropsia del fallecido.
- b. Como presunta infracción a los artículo 1.1° literal b) y 2° del Código, lo referido a que la aseguradora no habría dado respuesta al requerimiento de información mediante carta notarial de fecha 13 de noviembre del 2019, ya que nunca accedió a su solicitud de copias de las pólizas del crédito de desgravamen y crédito de consumo personal coberturadas.

- c. Como presunta infracción al artículo 19° del Código, lo referido a que el banco no habría dado respuesta a la carta notairla del 13 de noviembre del 2019, mediante la cual solicitó el cronograma de pago del crédito hipotecario y el crédito de consumo personal, los seguros de desgravamen, coberturas y la información a los números de cuenta y montos a nombre del causante.

De acuerdo con los cargos de notificación, en fecha 12 de julio del 2022 se notificó con la resolución que admite a trámite la denuncia a ambos administrados y en fecha 14 de julio del 2022, se notificó a la denunciante.

1.2. De la defensa de los denunciados

Luego de admitida a trámite la denuncia y notificada a los administrados, conforme el artículo 26 del Decreto Legislativo N° 807, se les otorgó el plazo para que dentro de los siguientes 5 días hábiles cumplan con presentar sus descargos.

1.3. De la aseguradora

En fecha 26 de octubre del 2022, la aseguradora se apersonó al procedimiento y mediante primer escrito confirmó su participación en la audiencia de conciliación programada para el día 3 de noviembre del 2022.

La audiencia de conciliación programada no llegó a buen término, dado que se levantó el acta sin acuerdo.

Mediante escrito de fecha 10 de noviembre del 2022, la aseguradora presentó sus descargos, indicando:

- a. Hace una descripción a modo de introducción sobre los términos legales del contrato de seguro contratado por el causante.
- b. Indica que el 15 de octubre del 2015, el causante suscribió un crédito hipotecario y se emitió la póliza de desgravamen correspondiente.

- c. En fecha 21 de diciembre del 2017 el causante suscribió un crédito de consumo personal con garantía hipotecaria y se emitió la póliza de desgravamen correspondiente.
- d. En fecha 27 de septiembre del 2018, se solicita el refinanciamiento de ambos créditos y se generaron nuevos números de créditos.
- e. En fecha 9 de octubre del 2019, fallece el titular de ambos créditos.
- f. Mediante escrito de fecha 16 de octubre del 2019, la denunciante solicitó la cobertura de los seguros de desgravamen al Banco. En fecha 21 de octubre del 2019, se determinó el saldo deudor a pagar y se determinó el único beneficiario de ambas pólizas era el banco.
- g. El 28 de octubre del 2019, se solicitó a la denunciante que presente diversa información, incluyendo: historia clínica completa, certificado de defunción, protocolo de necropsia, resultado de examen toxicológico y dosaje etílico e informe policial completo. En su defecto, solicitó que se autorice mediante carta poder para que la aseguradora pueda solicitar toda la documentación pertinente.
- h. En fecha 15 de noviembre del 2019, recibieron una carta notarial de la denunciante, mediante la cual solicitó la copia de las pólizas, la cual fue respondida mediante comunicación del 21 de noviembre del 2019, entregando las pólizas, y reiteró su pedido de entrega de la documentación requerida el 28 de octubre del 2019.
- i. En fecha 13 de enero del 2022, la aseguradora recibió la carta poder solicitada para poder tramitar el acceso a los documentos necesarios. Paralelamente, la denunciante remitió la copia de la carpeta fiscal de la investigación abierta a razón del fallecimiento del asegurado.
- j. Finalmente, mediante carta N° BEN-029618/2022, la aseguradora respondió la solicitud de cobertura de los seguros de desgravamen, indicándole los motivos por los cuales, tal solicitud no procede.
- k. Los argumentos por los cuales no procede la cobertura fueron:
 - De acuerdo con el certificado de defunción, el causante falleció por la ingesta de veneno, es decir, suicidio.
 - De conformidad con la información brindada por el banco, la fecha de afiliación de ambos seguros es el 27 de septiembre del 2018.

- De acuerdo con las pólizas contratadas, la causa de muerte del denunciante, suicidio, corresponde a una condición de exclusión o riesgo no cubierto.
- 1. Sobre el fondo de la denuncia y respecto de la primera imputación referida a no haber dado la cobertura de las pólizas, (i) indica que conforme el detalle de certificado de defunción del denunciado, fue una falla multiorgánica a causa de la ingesta de veneno, (ii) de la lectura de la epicrisis en la historia clínica, se tiene que el fallecido ingresó por emergencia por intoxicación de sustancia desconocida por la ingesta de veneno, (iii) de acuerdo al acta de intervención policial, se constató el fallecimiento del esposo de la denunciante por ingesta de sustancia desconocida, (iv) de acuerdo al informe pericial de necropsia, el asegurado fue ingresado el 5 de octubre del 2019, 4 días antes de su fallecimiento y uno de los familiares que lo ingresaron al establecimiento médico, declaró que el fallecido habría ingerido veneno para palomas y (v) de conformidad con el contenido de la carpeta fiscal, se dispuso el archivamiento de la misma, debido a que no existen indicios reveladores de la comisión del delito de homicidio y se verificó que el fallecimiento del asegurado fue por la ingesta de veneno, lo que ocasionó su fallecimiento.
- m. En base a lo anterior, se verifica que el fallecimiento del asegurado fue producto por la ingesta de veneno y quedó corroborado que no hubo intervención de terceros, sino que fue un acto de voluntad del fallecido.
- n. La causa de fallecimiento se encuentra contemplada como un riesgo no cubierto.
- o. Sobre las fechas de contratación del seguro, indica que en efecto cometieron un error al considerar la fecha de refinanciamiento de los créditos como fecha de contratación, siendo que, respecto del seguro de desgravamen correspondiente al crédito hipotecario contratado el año 2015, han verificado que el mismo se encontró vigente de manera ininterrumpida durante 2 años, por lo que no se encuentra inmerso en el supuesto de exclusión, motivo por el cual, han procedido a pagar la cobertura del crédito hipotecario y reportado de manera inmediata al banco y posteriormente, se informó de ello a la

sucesión del fallecido. Por tanto, solicita que ello sea considerado como un atenuante a la conducta.

- p. Respecto del crédito personal con garantía hipotecaria, indica que el mismo no estuvo vigente durante dos años de manera ininterrumpida, por lo que si se encuentra dentro de los alcances de la exclusión y al haberse verificado que la causa de muerte fue suicidio.
- q. Solicita que se le imponga una amonestación respecto del crédito hipotecario y se declare la improcedencia respecto del crédito personal con garantía hipotecaria.
- r. Respecto de la imputación referida a no haber atendido la solicitud del 13 de noviembre del 2019, indica que conforme la comunicación del 21 de noviembre del 2019, se tiene claro que se ha cumplido con dar respuesta la mencionada comunicación, no siendo cierto lo alegado por la denunciante.

1.4. Del banco

Mediante escrito de fecha 19 de julio del 2022, el banco se apersonó al procedimiento y solicitó la ampliación del plazo para sus descargos.

Mediante resolución N° 2 de fecha 21 de julio del 2022, la Secretaría otorgó un plazo ampliatorio de 5 días. Al mismo tiempo, declaró en rebeldía a la aseguradora en tanto esta no se apersonó al procedimiento ni presentó sus descargos.

En fecha 3 de agosto del 2022, el banco presentó su escrito de descargos, indicando:

- a. Plantea como cuestión previa la improcedencia de la denuncia en virtud del artículo 121° del Código, dado que habrían pasado 2 años desde la comisión de la presunta infracción que le es atribuida.
- b. Alegó también que la acción de sancionar la infracción atribuida que consiste en no dar respuesta a un requerimiento de información de noviembre del 2019, a la fecha de presentación de la denuncia, se encuentra dentro del supuesto de prescripción.

- c. Sobre la infracción atribuida, indica que la solicitud de la denunciante fue ingresada con el código N° C01225063 y que fue respondida mediante correo electrónico del 29 de noviembre del 2019 le solicitó una serie de documentos para poder atender lo solicitado, indicando que, el requerimiento no fue respondido por la denunciante.
- d. Por el tiempo transcurrido desde la presentación de la solicitud a la fecha de presentación de la denuncia, ya no cuentan con evidencia de la remisión de la respuesta en físico a la denunciante.

Mediante resolución N° 3, se agregó el escrito de descargos del denunciado al expediente y en virtud de la solicitud de la denunciante, se programó una audiencia de conciliación entre las partes para el día 3 de noviembre del 2022.

La audiencia de conciliación programada no llegó a buen término, dado que se levantó el acta sin acuerdo.

2. Medios probatorios obrantes en el expediente

De manera previa a analizar e identificar los medios probatorios obrantes en el expediente, es importante resaltar que, dada la naturaleza del procedimiento administrativo, que, entre otros principios rectores se encuentra el de flexibilidad y el de simplicidad y de conformidad con el artículo 11° de la Directiva N° 01-2021-COD-INDECOPI, Directiva Única que Regula el Procedimiento Administrativo de Protección al Consumidor (en adelante, la directiva), en los procedimiento de Protección al Consumidor, no existe como tal una etapa de valoración probatoria y por tanto, no existe un supuesto de preclusión de etapas, motivo por el cual, las partes podrán presentar en cualquier momento – antes de la emisión de la Resolución Final – los medios probatorios que sustenten sus alegatos.

Así las cosas, se tiene que obran en el expediente:

Presentadas por la denunciante:

- a. Certificado de Defunción del titular de las pólizas de seguro.

- b. Copia legalizada de la sucesión intestada.
- c. Carta de solicitud de información por parte de la aseguradora de fecha 28 de octubre del 2019.
- d. Carta de fecha 31 de octubre del 2019 remitida por el banco a la denunciante mediante la cual se informa el traslado de la solicitud de la denunciante a la aseguradora.
- e. Carta notarial del 13 de noviembre del 2019 mediante la cual la denunciante solicita la entrega de las pólizas de seguro, dirigidas a la aseguradora y al banco.
- f. Disposición de archivo de la carpeta fiscal N° 03-2020-1FOOC-ARQUPO.
- g. Copia del oficio que contiene el Informe Pericial de Necropsia Médico Legal.
- h. Carta de fecha 2 de marzo del 2022 mediante la cual la asegurado rechaza la cobertura de ambas pólizas.
- i. Copia de los correos electrónicos mediante la cual la denunciante remite la información solicitada por la aseguradora.
- j. Copia de las partidas literales gravadas por las acreencias.

Presentadas por la aseguradora:

- a. Poderes de representación y documentos que contienen información tributaria.
- b. Copia de la suscripción del crédito hipotecario.
- c. Copia del seguro de desgravamen del crédito hipotecario
- d. Copia del crédito personal con garantía hipotecaria
- e. Copia del seguro de desgravamen del crédito personal con garantía hipotecaria.
- f. Carta del 16 de octubre del 2019 de la denunciante dirigida al banco.
- g. Carta del 16 de octubre del 2019 dirigida a la aseguradora.
- h. Hoja de liquidación de los créditos del titular fallecido.
- i. Carta del 28 de octubre del 2019 emitida por la aseguradora.
- j. Carta notarial del 13 de noviembre del 2019.
- k. Cargo de entrega de respuesta a la carta notarial del 13 de noviembre del 2019, de fecha 21 de noviembre del 2019.
- l. Carta poder de la denunciante.

- m. Correo de remisión de la carpeta fiscal.
- n. Copia de la historia clínica del asegurado.
- o. Carta de rechazado de la cobertura .
- p. Orden de pago del seguro de desgravamen del crédito hipotecario.
- q. Comunicación de información de cancelación de la deuda del crédito hipotecario.

El banco no presentó medios probatorios y se limitó a presentar la documentación relativa a sus poderes de representación.

3. Medidas correctivas solicitadas por la denunciante

Al respecto, la denunciante al momento de interponer su denuncia solicitó la imposición de diversas medidas correctivas:

- a. Que la aseguradora cumpla con pagar la totalidad de los seguros de desgravamen de cada una de las pólizas.
- b. Que los denunciados asuman el pago de los gastos realizados para la tramitación del procedimiento, incluyendo asesoría jurídica, cartas notariales y otros, que estableció en S/5 000.00 soles.
- c. Que el banco cumpla con entregar la documentación solicitada
- d. Que se ordenen las medidas correctivas que correspondan a criterio del órgano resolutivo.
- e. El pago de costas y costos.

4. De la resolución de primera instancia

Inicialmente, se debe indicar que, conforme el artículo 27° de la Directiva, antes de la emisión de la Resolución Final, se emitirá por parte de la Secretaría Técnica un Informe Final de Instrucción que contendrá el análisis del caso y las recomendaciones sobre su resolución, el cual será puesto en conocimiento de las partes para que emitan sus descargos en un plazo máximo de 5 días hábiles, de conformidad con el artículo 255° del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

En ese sentido, mediante resolución N° 6 de fecha 27 de diciembre del 2022 se emitió y corrió traslado – conforme los cargos de notificación – el correspondiente Informe Final de Instrucción N° 347-2022/ST-CPC-AQP, mismo que contenía las siguientes recomendaciones:

- 4.1. Declarar fundada la denuncia en contra de la aseguradora por infracción al artículo 19° del Código en lo referido a haber denegado el pago del beneficio del seguro de desgravamen, aduciendo la exclusión de la cláusula décimo tercera por riesgo no cubierto por suicidio, situación que no se condice con la realidad de los hechos, ni la historia clínica y certificado de necropsia del fallecido, toda vez que el denunciado no ha acreditado la causal de suicidio, respecto del seguro de desgravamen del crédito hipotecario. Y sancionar con 18.08 UIT.
- 4.2. Declarar fundada la denuncia en contra de la aseguradora por infracción al artículo 19° del Código en lo referido a haber denegado el pago del beneficio del seguro de desgravamen, aduciendo la exclusión de la cláusula décimo tercera por riesgo no cubierto por suicidio, situación que no se condice con la realidad de los hechos, ni la historia clínica y certificado de necropsia del fallecido, toda vez que el denunciado no ha acreditado la causal de suicidio, respecto del seguro de desgravamen del crédito de consumo con garantía hipotecaria. Y sancionar con 22.97 UIT.
- 4.3. Declarar improcedente la denuncia en contra de la aseguradora por infracción al artículo 1.1° literal b) y 2° del Código en lo referido a no haber dado respuesta a la carta notarial del 13 de noviembre del 2019, ya que nunca se accedió a su solicitud de entrega de copias de las pólizas, toda vez que el plazo de prescripción de la presunta conducta infractora ha vencido.
- 4.4. Declarar improcedente la denuncia en contra del banco por infracción al artículo 1.1° literal b) y 2° del Código en lo referido a no haber dado respuesta a la carta notarial del 13 de noviembre del 2019, mediante la cual solicitó el cronograma de pagos del crédito hipotecario y el crédito de consumo con garantía hipotecaria, los seguros de desgravamen, coberturas vida principal y la información a los números de cuentas y montos existentes que estén a nombre del fallecido, toda vez que el plazo de prescripción de la presunta conducta infractora ha vencido.

A razón de las recomendaciones vertidas en el mencionado Informe Final de Instrucción, en fecha 2 de enero del 2023, la denunciante presentó un escrito con sus descargos, indicando:

- a. Encontrarse en desacuerdo con la recomendación de improcedencia de la denuncia en contra del banco, en tanto en principio considera que el plazo de respuesta se debió haber considerado en días hábiles y no calendario, por lo que el denunciado tenía el plazo de respuesta hasta el 14 de enero del 2020 y no el 21 de diciembre del 2019.
- b. Al plazo de prescripción, se le debe considerar también el lapso de suspensión de plazos dispuesto por el Gobierno a consecuencia de la Pandemia Mundial de Covid-19, que fue de 4 meses, por lo que no se debería entender que han pasado los 2 años de prescripción señalados en la norma.
- c. Mas allá de los plazos de prescripción, se debe considerar que mediante su escrito de descargos, el banco ha realizado un pronunciamiento de forma y no ha planteado la prescripción como su argumento principal, habiendo en todo caso a la consideración de la improcedencia de la denuncia por prescripción, omitido el carácter tuitivo del procedimiento sancionador.
- d. A la fecha de sus descargos, el banco no ha cumplido con el requerimiento formulado en la carta del 13 de noviembre del 2019.
- e. Respecto de las infracciones contra la aseguradora, menciona la aceptación a la fecha de contratación del seguro de crédito hipotecario y con ello señala que ese fue el motivo por el cual se dio el pago de la cobertura, sin embargo, nunca ha precisado los argumentos de su posición inicial.
- f. Reitera los argumentos de su denuncia, señalando que, no se encuentra acreditado a través de los documentos pertinentes (historia clínica, protocolo de necropsia, certificado de defunción y otros) que la casusa de muerte haya sido el suicidio y en todo caso, se ha verificado que la casusa de muerte no se encuentra dentro de las causas de exclusión aplicadas para denegar la cobertura del seguro del crédito de consumo personal con garantía hipotecaria.
- g. Cuestiona el motivo por el cual se ha dado el cambio de posición y solo se ha aceptado la cobertura de uno de los seguros, dado que en un principio, el

motivo para rechazar ambos fue la alegada causa de fallecimiento por suicidio.

- h. Desarrolla conceptos que pretenden definir expresamente los términos de veneno y suicidio y cuestiona el que no se haya aplicado debidamente un protocolo para determinar que la causa de muerte haya sido un suicidio y cuestiona además, que se haya limitado a interpretar el contenido de la historia clínica y demás documentos.
- i. Solicita que no se consideren atenuante en la sanción recomendada para la aseguradora por haber otorgado la cobertura de forma tardía.

En fecha 5 de enero del 2023, la aseguradora presentó su posición al Informe Final de Instrucción, señalando lo siguiente:

- a. Indica que el procedimiento en cuestión es uno en el cual se discute la negativa del pago de seguros de desgravamen aduciendo la cláusula décimo tercera de exclusión de riesgo no cubierto por suicidio, lo que no se condice con la realidad. Posteriormente, efectúa una descripción de los antecedentes del caso, incluyendo las recomendaciones del caso.
- b. Alega que de la historia clínica se tiene que cuando el fallecido ingresó de emergencia al hospital acompañado de uno de sus familiares, que del relato de la denuncia, se puede coludir que se trata de la propia denunciante.
- c. De la historia clínica, se desprende que seis horas antes de su ingreso al hospital, el fallecido habría ingerido veneno para palomas, por lo que no es un hecho controvertido que el asegurado tomó la decisión de ingerir veneno debido a sus problemas laborales y a consecuencia de ello se produjo su fallecimiento, siendo la propia denunciante quien declaró ello al momento de internar al asegurado.
- d. Por tanto, el criterio desarrollado por parte de la aseguradora respecto a que la causa de muerte fue que el asegurado ingirió una sustancia nociva, es decir un plaguicida, resulta correcta.
- e. A criterio de la aseguradora, se ha valorado parcialmente en la historia clínica, la historia clínica.
- f. Sobre el pronunciamiento sobre la causa de fallecimiento en la carpeta fiscal, indica que la propia fiscalía ha decidido no continuar con la investigación

preparatoria en cuanto determinó que no existían indicios de la existencia del delito de homicidio ni tampoco se determinó responsabilidad de terceros. Por ello, señala que el hecho de que la fiscalía haya decidido no iniciar una investigación debido a la ingesta de una sustancia tóxica desconocida.

- g. En razón a los argumentos desarrollados, la negativa de la cobertura resulta justificada.

Mediante Resolución Final N° 06-2023/INDECOPI-AQP de fecha 6 de enero del 2023, se resolvió el expediente en primera instancia, siguiendo en su totalidad las recomendaciones del Informe Final de Instrucción, incluyendo las multas propuestas. Sin embargo, hace algunas precisiones relevantes para la resolución del caso, indicando:

- a. La cobertura del seguro de desgravamen del crédito hipotecario se ha dado luego de presentación de la denuncia, por tanto, no se podría sostener la subsanación de conducta, en tanto, la denuncia data el 3 de junio del 2022 y la cobertura del seguro es del 7 de noviembre del 2022.
- b. El lapso de suspensión de plazos dispuesto a consecuencia de la pandemia de Covid-19 fue de 58 días hábiles, habiéndose extendido la misma desde el 20 de marzo del 2020 hasta el 10 de junio del 2020. Debido a ello, a la fecha de prescripción de la conducta por no haber respondido la comunicación del 13 de noviembre del 2019 habría vencido el 13 de noviembre del 2021, plazo al que se deben agregar 58 días hábiles, es decir, el 9 de febrero del 2022; por lo que siendo que la fecha de interposición de la denuncia data del 6 de junio del 2022, la denuncia fue presentada en todo caso, aproximadamente 4 meses después de vencido el plazo de prescripción.
- c. El plazo para responder solicitudes de gestión se debe computar en días calendario, en concordancia con el criterio establecido por la Sala, en el que desarrolló que, si bien la norma no establece un plazo específico para responder ese tipo de requerimientos, se debe aplicar el plazo señalado en la normativa del libro de reclamaciones – vigente al momento de los hechos – que señalaba un plazo de respuesta de 30 días calendario.

La resolución fue notificada a las partes del procedimiento el 18 de enero del 2023.

5. De la etapa impugnatoria

Es importante mencionar que, si bien mediante el artículo 38° del Decreto Legislativo núm. 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, el plazo de apelación de las Resoluciones emitidas por el INDECOPI en los Procedimientos de Protección al Consumidor, inicialmente estaba establecido en 5 días, a través de la emisión del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo aprobado mediante Decreto Supremo N° 6-2017-JUS, se modificaron los plazos para la presentación de recursos impugnativos a cargos de los órganos resolutores del INDECOPI, por tanto, al haberse señalado un plazo distinto en el mencionado TUO – plazo de 15 días hábiles – a criterio de la Gerencia Legal del INDECOPI, ocurrió una modificación tácita del artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, en consecuencia, el plazo de apelación ha sido establecido en 15 días hábiles. Lo anterior, se encuentra regulado y previsto ya a través de la Directiva.

5.1. La apelación de la aseguradora

En fecha 8 de febrero del 2023, la aseguradora presentó su escrito de apelación a la Resolución Final N° 06-2023/INDECOPI-AQP de fecha 6 de enero del 2023 señalando los siguientes argumentos:

- a. Desarrolla los antecedentes del caso y señala cual fue la recomendación en el Informe Final de Instrucción, así como lo resuelto por la Comisión.
- b. De manera previa, alega un defecto en el debido procedimiento, indicando que se ha dado una vulneración a dicho principio por cuanto no se trasladó el escrito presentado por la denunciante luego de la emisión del Informe Final de Instrucción, por lo que solicita la declaración de nulidad de la mencionada Resolución Final N° 06-2023/INDECOPI-AQP de fecha 6 de enero del 2023.
- c. Sobre la imputación de cargos, ha indicado que se han impuesto dos multas diferentes por una misma conducta infractora, cuando se debió de haber colocado únicamente una sola sanción. Por ello, la resolución de imputación de cargos, al contener un vicio de nulidad, acarrea la nulidad del procedimiento y por ende la Resolución Final.

- d. No se ha considerado el principio de concurso de infracciones previsto en el artículo del TUO de la LPAG, principio que debe ser aplicado de manera obligatoria. En razón a ello, se debió procurar dicho principio y analizar y aplicar únicamente la sanción prevista para la infracción de mayor gravedad.
- e. Sobre el fondo, señala que se ha vulnerado el principio de debida motivación, en tanto, la conclusión del órgano primario y la sanción impuesta, se han emitido sobre la base de una valoración incompleta de los actuados aportados al procedimiento, inobservando los argumentos y medios probatorios presentados.
- f. En los medios probatorios obrantes en el expediente, es posible determinar que la aseguradora demostró que la causa de fallecimiento del titular de las pólizas, fue la ingesta voluntaria de veneno – suicidio – tal como se desprende de una valoración de la historia clínica, el acta de defunción, el informe de necropsia y la disposición de archivo de la carpeta fiscal.
- g. De la historia clínica es posible verificar que la *epicrisis - resumen médico-legal de la historia clínica de un paciente, que se elabora al momento del alta hospitalaria o traslado de un establecimiento de salud* – dejó constancia que el asegurado ingresó al servicio de emergencia con el diagnóstico de (i) intoxicación por sustancia desconocida y (ii) encefalopatía hipóxica isquémica paro cardiorrespiratorio. Así mismo, en la historia clínica, se indicó que el paciente ingresó traído por un familiar quien manifestó que seis horas antes el titular ingirió veneno para palomas por problemas laborales, presentando temblor, salivación, disartria – dificultad para hablar – náuseas y vómito, llegando al área de shock y recibiendo incluso RCP. En el mismo documento, se señala que la evolución del paciente no fue favorable y falleció finalmente el 9 de octubre del 2019.
- h. La información de la historia clínica es de gran importancia, y al hacer una valoración objetiva de la misma, se obtienen datos relevantes de todo el proceso de enfermedad del paciente.
- i. El paciente fue sometido a un lavado gástrico al ingresa al establecimiento médico debido a su intoxicación.
- j. En la histórica clínica, obran los diagnósticos presuntivos, en los que se verifica que se mantuvo ingresado al asegurado bajo la presunción de ingesta de plaguicida no especificado debido a las evidencias que este presentó al

momento de su ingreso al hospital; lo que finalmente derivó en el fallecimiento del paciente.

- k. Resulta inoportuno pretender que en el certificado de defunción o en la historia clínica, se señale el termino de fallecimiento como *suicidio*, dado que no es posible determinar la causa de muerte de manera expresa.
- l. En base a la información contenida en la historia clínica, si bien se aperturó una carpeta fiscal ante el Ministerio Público al ser la titular de la acción penal pública, esta, luego del análisis de los documentos, incluyendo el protocolo de necropsia practicado al asegurado, si bien se inició la etapa – no regulada de Investigación Preliminar – la fiscalía concluyó que los hechos no encajaban dentro del tipo penal de homicidio al no advertirse la participación de terceros, disponiendo el archivo de la investigación penal y no se formalizó la etapa preparatoria.
- m. Es relevante considerar la disposición de archivo de la investigación a nivel fiscal, al considerar que no hubo participación de terceros, centrándose en que las causas de la muerte ocurrieron por la ingesta de una sustancia tóxica desconocida.
- n. No se encuentran de acuerdo con el análisis de la Comisión, puesto que esta se centró en que ninguno de los documentos señalaba explícitamente la comisión de suicidio, sin considerar que estos términos no son normalmente empleados al tratarse de temas sensibles para los familiares. Sin embargo, si emplean ciertos términos que permiten colegir que se trata de tal circunstancia, lo cual no fue valorado por la Comisión.
- o. Si la familia del asegurado hubiese considerado que no ocurrió la ingesta del veneno, hubiera participado de manera más activa en la investigación fiscal buscando al autor del delito en contra de su familiar, sin embargo, incluso no presentaron apelación contra la mencionada disposición de archivo, demostrando encontrarse de acuerdo con el deceso del titular como consecuencia de suicidio y no de delito.
- p. Por lo anterior, considera que se ha vulnerado el principio de debida motivación.
- q. Es importante indicar que la Comisión de forma errada ha desvirtuado la conclusión a la que arribó el Ministerio Público respecto de la identificación de la persona que informó sobre el estado en el que llegó el asegurado al

servicio de emergencia, indicando que no obra información que permita corroborar tal información y verificar que fue la esposa del titular quien lo llevó al hospital, a pesar de que ello no fue alegado por la familia del fallecido, la parte más interesada.

- r. Los familiares del fallecido nunca contradijeron la versión referida a que el paciente ingresó por la ingesta de veneno. Incluso, de los documentos se tiene que se declaró que el paciente tenía problemas laborales, lo que lo orillo a ingerir la sustancia tóxica.
- s. Lamentable y convenientemente, los familiares del fallecido han desconocido haber brindado tal información e incluso desconocen quien dijo ello.
- t. En base a lo anterior, solicitan que se declare la nulidad de lo resuelto.
- u. Sobre el principio de verdad material, se ha infringido el mismo, en tanto no se ha actuado y valorado todos los medios probatorios que obran en el expediente, lo que orilló a la Comisión a concluir que la muerte del asegurado no se dio como consecuencia de ingesta voluntaria de veneno, valorando inadecuadamente el certificado de defunción, puesto que la causa de muerte fue consecuencia de la ingesta de sustancia nociva por parte del titular, a modo de ejemplo, si un paciente es diagnosticado con neumonía y como consecuencia presentara falla orgánica múltiple, se concluye que la causa básica del fallecimiento es la neumonía.
- v. Por lo anterior, se advierte que los médicos que atendieron al paciente lo trataron tomando en cuenta que los familiares de este informaron sobre la ingesta de veneno para palomas.
- w. Resulta inexplicable que la Comisión haya desacreditado las anotaciones de los médicos tratantes y el contenido de la historia clínica, no pudiendo desestimarse el diagnostico de los mismos.
- x. No se ha considerado que la historia clínica es el elemento fundamental del acto médico que recaba toda la información sobre el ingreso del paciente, no debiendo eludirse las cuestiones referidas a este documento.
- y. Sobre el periodo de permanencia para la inaplicación de la cláusula y vulneración del debido procedimiento.
- z. La Comisión ha considerado erróneamente que una de las pólizas de desgravamen no contenía un periodo de permanencia mínimo, sin embargo,

ha omitido analizar que dicho periodo se encuentra descrito en las condiciones generales de la póliza y no en las condiciones particulares. Estas condiciones generales pertenecen al mismo ramo de ambas pólizas y se encuentran aprobadas incluso por la Superintendencia de Banca y Seguros.

- aa. Al tener ambas pólizas el mismo condicionado general, no se puede alegar la inexistencia de tal plazo en una de las pólizas.
- bb. En todo caso, si la Comisión hubiese tenido alguna duda sobre las condiciones de las pólizas, bien podría haber requerido ello a la aseguradora, sin embargo, no hizo ello, incluso pudo haber revisado por propia cuenta tales condiciones generales, dado que ello es información pública en el portal web de la SBS. Por tanto, se debe declarar también la nulidad de la resolución por la mencionada vulneración.
- cc. A mayor abundamiento, el plazo de dos años de vigencia también se encuentra estipulado en el artículo 125° de la Ley del Contrato de Seguro, por tanto, en el supuesto negado en el que se considere que no se estipuló ello en las condiciones generales, la normativa básica ya señala tal supuesto y por tanto, resulta de observancia obligatoria. Así el omitir esta consideración, resulta en una indebida valoración de la norma de carácter imperativo y una vulneración del procedimiento a la luz del principio de legalidad.
- dd. Sobre la afectación al principio de razonabilidad, indica que las multas propuestas que en total suman 39.05 UIT resultan a todas luces desproporcionadas y no guardan coherencia con los criterios de graduación establecidos, legal, doctrinaria y jurisprudencialmente.
- ee. La aplicación del Decreto Supremo 032-2021-PCM, bajo ningún sentido puede primar sobre los criterios de graduación contemplados en la LPAG dada la jerarquía normativa que ostentan ambos dispositivos.
- ff. Al mismo tiempo, desarrolla que sobre la multa propuesta por 16.08 UIT, no ha mediado intencionalidad, no se ha obtenido ningún beneficio económico, no se ha generado daño a la denunciante y no se ha causado daño en el mercado, mucho menos ha existido afectación a la vida, o salud de los consumidores. Sin embargo, inclusive no se advierte que se haya acreditado el método utilizado del decreto y se ha limitado a utilizar el aplicativo de calculadora de multas, sin motivar por qué considera que la multa asciende a

un nivel de afectación alto ni permite conocer cuál ha sido la circunstancia atenuante aplicada. Reiterando sus argumentos respecto de la multa calculada para la segunda multa impuesta.

- gg. Finalmente, cuestiona que se haya ordenado una medida correctiva y el pago de costas y costos, por cuando considera que no se cometió ninguna infracción.

En fecha 16 de febrero del 2023, se admitió a trámite el recurso de apelación presentado por la aseguradora y se dispuso la elevación del expediente al superior jerárquico – Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI – mediante resolución N° 7; elevando el Expediente mediante memorándum N° 213-2023-CPC-AQP/INDECOPI.

Posterior a la llegada del expediente al superior, se corrió traslado a la denunciante para que manifieste su postura respecto del recurso de apelación.

5.2. La postura de la denunciante sobre la apelación de la aseguradora

En fecha 23 de agosto del 2023, la denunciante presentó su absolución al escrito de apelación solicitando principalmente que se declare infundada la apelación propuesta y que se declaren infundados los pedidos de nulidad planteados, en base a que:

- a. La aseguradora no llega a ser clara sobre sus pedidos de nulidad, revocatoria o reforma, en tanto si bien ha reconocido su error en el rechazo de uno de los seguros, habiendo incluso cubierto el mismo, no ha manifestado posición cierta que sustente tal cambio de posición y se centra en cuestionar únicamente la multa impuesta.
- b. Sobre la falta de notificación del escrito de descargos al informe final de instrucción, indica que no existe norma que imponga la obligación de notificar tales escritos. Adicionalmente, señala que tal escrito no ostenta gran trascendencia.
- c. Sobre la imputación de cargos, menciona que desde un inicio la denuncia se planteó por la no cobertura de dos productos, un seguro de desgravamen por

un crédito hipotecario y un seguro de desgravamen por un crédito de consumo personal con garantía hipotecaria, siendo que inclusive, el denunciado ejerció defensa sobre ambos productos de forma diferenciada.

- d. El denunciado realizó sus descargos de forma extemporánea, fundamentando las razones de su negativa, a pesar de ya haber sido declarado rebelde y no haber opuesto contradicción oportuna a los hechos materia de denuncia.
- e. Se tiene en claro que al tratarse de dos seguros distintos, se trata de dos infracciones independientes, que incluso ocasionaron que durante el trámite del procedimiento solo se dé cobertura a uno de ellos. Por tanto, no corresponde la declaración de nulidad planteada.
- f. Sobre el suicidio como causal de exclusión, indica que la asegurado presume que el deceso o fallecimiento del asegurado se dio por un suicidio, sin embargo, se ha verificado que el denunciado de forma antojadiza utiliza versiones de terceros y la historia clínica para denegar el beneficio solicitado.
- g. Conforme el artículo 15° del Reglamento para la gestión y pago de siniestros, se atribuye la obligación a las aseguradoras de fundamentar el rechazo de un siniestro en base a pruebas o evidencias fehacientes, sin embargo, en el presente caso, recurre únicamente a presunciones sin aporte probatorio certero que acredite un caso de suicidio.
- h. En el presente caso, no se ha acreditado la existencia de un acto voluntario que implique de manera típica la acción de quitarse la vida por acción propia y consciente.
- i. El hecho de que el Ministerio Público no haya formalizado la investigación preparatoria, obedece a que en todo caso, no se han encontrado elementos para acreditar o analizar la presunta acción de un tercero para que se constituya el delito de homicidio, sin embargo, el hecho de que no se haya determinado la existencia de un delito, no implica que se haya aceptado o formalizado la postura del suicidio.
- j. El informe pericial de necropsia, ha concluido que no se han hallado elementos que permitan concluir que el titular de las pólizas falleció a consecuencia de un acto suicida, sino que ello fue a raíz de la falla multiorgánica con encefalopatía mixta y las complicaciones derivadas luego de permanecer por 4 días en la unidad de cuidados intensivos.

- k. Adicionalmente, el examen de toxicología mostró resultados negativos para la ingesta sustancias tóxicas, es decir, no se ha encontrado presencia de venenos en el cuerpo del fallecido.
- l. El denunciado ha efectuado un desarrollo que pretende tener un grado de rigurosidad científica sin haber acreditado contar con el expertis pertinente para arribar a tales conclusiones, ocasionando que el rechazo de la cobertura se haya realizado en base a meras presunciones y sin la aplicación de rigurosidad adecuada.
- m. Sobre el periodo de permanencia, señala que carece de sentido amparar el mencionado alegato, dado que no se ha acreditado la ocurrencia del supuesto acto suicida.
- n. Sobre la contravención al principio de razonabilidad y jerarquía de normas, indica que el denunciado al reconocer la indebida negativa de cobertura de uno de los seguros, ni tiene objeto pronunciarse sobre la sanción impuesta, pues se ha acreditado que de manera indebida se rechazó tal cobertura.
- o. La aplicación del DS-032-2021-PCM supone el respeto de una metodología preestablecida para el cálculo de multas que no parece ser descabellada, en tanto precisamente su aplicación genera disuasión y desinterés para que se vuelva a cometer este tipo de infracciones frente a otros administrados.
- p. Sobre la graduación de las multas, hace su propio desarrollo de las multas a imponer, mientras que considera que incluso se debe considerar como circunstancia agravante la negativa injustificada de la cobertura en un contexto de aprovechamiento e interpretación antojadiza de la historia clínica sin tener certeza de la ocurrencia del evento de suicidio.

5.3. De la réplica de la aseguradora

En fecha 27 de diciembre del 2023, la aseguradora presentó un escrito absolviendo el escrito de la denunciante indicando:

- a. De conformidad con los términos de la imputación formulada en su contra fue que procedió a realizar sus descargos, sin embargo, luego de ser sancionados por la Comisión en la primera instancia, y estando en total

desacuerdo con ello, es que solicitó vía apelación que se declare la nulidad de los extremos materia de apelación y que se revoque la decisión.

- b. Sobre el cuestionamiento de la multa impuesta, alega que no cuestiona la decisión de declarar fundado este extremo, sino que cuestiona la multa desproporcionada impuesta, dado que el ordenamiento actual permite impugnar entre otras las resoluciones que ponen fin a la instancia, no existiendo disposición alguna que impida que se cuestione la multa que se imponga, incluso en los extremos en los que se ha formulado allanamiento. Por tanto, la aseguradora si se encuentra legitimada a cuestionar la multa impuesta.
- c. Sobre la no existencia de disposición alguna que obligue a notificar al denunciado con el escrito de absolución del Informe Final de Instrucción al denunciado, señala que la base de su cuestionamiento es el derecho de ser notificado y exponer sus alegatos y obtener una decisión debidamente motivada.
- d. Sobre la imputación de cargos, alega que, a pesar de que se imputó una sola conducta infractora, se le sancionó e impusieron dos multas distintas, como si se tratase de dos imputaciones de cargos diferentes, siendo decisión de la comisión el dividir el análisis en dos conductas independientes.
- e. Sobre la valoración de versiones de terceros y diagnósticos presuntivos, se debe señalar que la aseguradora no sustentó su rechazo, sino en lo manifestado por la propia denunciante al personal del hospital tras el ingreso de su cónyuge al establecimiento.
- f. Reitera la que ha demostrado que la causa de fallecimiento del titular fue la ingesta de veneno, esto es suicidio, siendo el diagnóstico definitivo la ingesta de sustancia nociva como alimento no especificada, no siendo ello contradicho por la denunciante o sus familiares.
- g. Del mismo modo, señala que la denunciante no comprende que la decisión del ministerio público no hace más que afianzar y confirmar que la causa de muerte del denunciante fue la ingesta voluntaria de veneno, pues de haberse tratado de un homicidio, se hubiera iniciado la investigación preparatoria, lo cual no ocurrió.
- h. En el informe de necropsia, si se dejó expresa constancia del diagnóstico de ingreso referido a la ingesta de veneno para palomas.

- i. Sobre el análisis de la negativa de cobertura de desgravamen del crédito de consumo personal con garantía hipotecaria, ha reiterado la totalidad de argumentos de defensa e incluso de absolución del informe final de instrucción.

En fecha 12 de enero del 2024, la aseguradora solicitó el uso de la palabra.

5.4. Del banco

Tomando en consideración que, mediante la resolución de primera instancia, la Comisión resolvió declarar la improcedencia de la denuncia en contra de la institución financiera, la misma no presentó apelación a dicho extremo.

Por su lado, a pesar de que el mencionado pronunciamiento le era contrario a la denunciante, la misma no apeló dicho extremo, siendo que, generando como consecuencia directa que el acto quede consentido.

El banco por su parte, no volvió a presentar escritos ni a apersonarse al procedimiento luego de la emisión del informe final de instrucción y la emisión de la resolución de primera instancia.

6. De la resolución de segunda instancia

Mediante resolución N° 333-2024/SPC-INDECOPI de fecha 7 de febrero del 2024, la Sala Especializada en Protección al Consumidor emitió su pronunciamiento de segunda y última instancia.

En su pronunciamiento, resolvió lo siguiente:

- 6.1.1. Confirmar la Resolución N° 6-2023/INDECOPI-AQP del 6 de enero del 2023 emitida por la Comisión de la Oficina Regional del INDECOPI de Arequipa, que declaró fundada la denuncia contra la aseguradora, al haberse probado que la aseguradora rechazó injustificadamente las coberturas solicitadas de los seguros de desgravamen de las pólizas N° *****9160 y N° 28445, por cuando los

documentos invocados por la proveedora en ningún momento evidenciaron que el asegurado incurrió en una causal de exclusión (suicidio)

6.1.2. Confirmar la Resolución N° 6-2023/INDECOPI-AQP del 6 de enero del 2023 que sancionó a la aseguradora con dos multas de 16.08 UIT y 22.97 UIT respectivamente.

6.1.3. Confirmar la medida correctiva y el ordenamiento del pago de costas y de costos

En fecha 13 de febrero del 2024, la aseguradora presentó escrito reiterando los argumentos de su defensa, incluyendo un informe pericial sobre el contenido de la historia clínica, realizado por un médico que entre otros, concluye que la causa de fallecimiento se debe atribuir a la ingesta de una sustancia tóxica. Sin embargo, en vista de que el mencionado escrito fue presentado de manera posterior a la emisión de la Resolución de la Sala, mediante proveído N° 4 de fecha 1 de marzo del 2024, la Sala informó que el escrito y su contenido no corresponden ser valorados, en tanto se presentó luego de la emisión de la resolución al haberse resuelto el asunto controvertido.

Ahora bien, respecto del contenido de la Resolución de Sala, es de relevante importancia, los siguientes extremos:

- a. Sobre el cuestionamiento sobre la indebida notificación del recurso de apelación presentado por la aseguradora, por cuanto solo fue notificado al correo electrónico y no a su casilla electrónica – posteriormente señalada –, indica que, la resolución N° 7, que otorga el recurso impugnatorio, fue notificada al domicilio electrónico señalado por el propio administrado y que a pesar de que el denunciado ha señalado otras direcciones plausibles de ser utilizadas como medio de notificación, de acuerdo con la Directiva N° 002-2022/TRI-INDECOPI y sus modificatorias, se tiene que no se ha generado afectación al debido procedimiento, por cuanto la dirección de notificación fue válidamente señalada.
- b. Respecto del pedido de nulidad planteado por la denunciante, del escrito de apelación presentado por la aseguradora, a razón de que este se encontraba en situación de rebeldía, indica que, de conformidad con el artículo 254° de la LPAG, no se puede considerar como un elemento de juicio el hecho de que no se han presentado escritos de descargos o alegaciones en contra de lo

denunciado, en esa línea de ideas, el artículo 172.1° del TUO de la LAPG, señala que los administrados pueden aportar documentos y otros elementos que sustenten sus alegatos en cualquier etapa del procedimiento. En virtud de lo anterior, la declaración de rebeldía, únicamente implica el reconocimiento de una situación como consecuencia de no haber presentado sus descargos dentro del plazo otorgado, sin que por ello, se encuentre impedido de presentar medios probatorios durante la tramitación del procedimiento, por tanto, no corresponde amparar dicho pedido.

- c. Sobre el pedido de informe oral presentado por el denunciado, indica que, en tanto resulta ser una facultad de la administración el otorgamiento de tal informe, la Sala no se encuentra obligada a realizar tal actuación, sobre todo en los casos en los que considere de la evaluación de medios probatorios que ello no resulta necesario, lo que además, no involucra contravención al derecho de defensa de los administrados, habiendo además las partes, tenido la oportunidad de presentar oportunamente sus argumentos a lo largo del procedimiento. Por ello, denegó el uso de la palabra.
- d. Sobre el fondo de la cuestión, indica que la delimitación de las coberturas se encuentra contenida en los propios términos contractuales dispuestos en los contratos celebrados y la normativa sobre seguros vigente, debiendo observarse dichos parámetros al momento de analizar la idoneidad del servicio prestado.
- e. Coincide con el análisis referido a que a pesar de la información obtenida del análisis de los medios probatorios, en ningún momento se hizo alusión al términos “suicidio” en la documentación que determina las casusas de fallecimiento del titular de las pólizas. Incluso, señala que el hecho de que en el diagnóstico definitivo contenido en la historia clínica del fallecido se haya indicado que el fallecimiento fue por “*sustancia nociva ingerida como alimento, no especificada*”, ello no conlleva en ningún sentido a deducir que el asegurado falleció a consecuencia de un suicidio, máxime si se toma en consideración que en el certificado de defunción se señala que no se conoce el tipo de muerte.
- f. La Sala, desarrolla además que, el solo hecho de que se haya ingerido una sustancia tóxica, no supone por sí mismo que se trate de un caso de “suicidio”, por cuanto existe la posibilidad de la ocurrencia de un accidente,

además, no obra medio probatorio alguna que deje constancia de que la muerte del asegurado se dio por una acción voluntaria, en otras palabras, no se encuentra acreditado el *animus* o contenido voluntario del acto invocado por la aseguradora.

- g. Si bien la historia clínica recoge el testimonio de un familiar no identificado, quien indicó que su familiar ingirió veneno para palomas, indica que, conforme ha desarrollado también la Comisión, el mencionado comentario no acredita la ocurrencia de un suicidio y por tanto tampoco se demuestra la ocurrencia de la causal de rechazo invocada por la aseguradora.
- h. La Sala considera que, no bastaba únicamente utilizar las referencias contenidas en la historia clínica respecto de las declaraciones de terceros que acompañaron al asegurado al momento de haber sido internado para sustentar el rechazo de la cobertura, más aún cuando inclusive, la propia fiscalía en ningún momento sostuvo que el asegurado cometió suicidio.
- i. Sobre los plazos de permanencia en la póliza, señala que, el alegato del denunciado respecto a que dio cobertura de una de las pólizas por cuanto luego de una revisión de lo ocurrido determinó que el asegurado superó el periodo de 2 años consecutivos para acceder al pago del beneficio, no tiene sustento alguno, en la medida de que, en principio, no se ha acreditado la ocurrencia del suicidio, por ello, no resulta relevante verificar si el asegurado tenía una permanencia ininterrumpida en las pólizas contratadas.
- j. Respecto de la no comunicación del escrito presentado por la denunciante sobre su postura sobre el Informe Final de Instrucción, indica que, el vicio alegado deviene en intrascendente, dado que con o sin la valoración de los alegatos contenidos en dicho escrito, en el análisis se habría obtenido el mismo resultado, en todo caso, el contenido de tal escrito fue puesto a disposición de la aseguradora con la notificación de la Resolución Final.
- k. En base a lo anterior, considera que correspondía confirmar en todos sus extremos la resolución de primera instancia.
- l. Sobre la graduación de la sanción, indica que, en principio, del escrito de denuncia, se tiene claramente diferenciado el hecho de que se trata de dos pólizas distintas y que, si bien se encuentran contenidas en una sola imputación, estas, ameritan una valoración independiente, así mismo, el propio administrado – la aseguradora – incluso en su escrito de descargos,

inicialmente solicitó que se analicen de manera independiente los productos, llegando a solicitar la imposición de una amonestación por una de las pólizas y ser absuelto respecto de la otra. Ello no puede ser desconocido a conveniencia por la aseguradora.

- m. Sobre la consideración del principio de concurso de infracciones, indica que tal principio solo aplica cuando una sola conducta constituye más de una infracción administrativa, sin embargo, en el presente caso, no corresponde aplicar dicho principio, al ser dos conductas infractoras diferentes, por cada una de las pólizas contratadas.
- n. Del mismo modo, indica que, el uso del DS 032-2021-PCM, no resulta indebido, dado que se trata de una norma especial en la materia que resulta aplicable al caso en virtud del principio de temporalidad, misma norma que fue emitida en concordancia con la Ley de Control Previo de Operaciones de Concentración Empresarial – ley N° 31112 – por lo que las normas utilizadas para la graduación de la sanción resultan bajo el principio de legalidad. Finalmente, concluye que las multas se encuentran adecuadamente graduadas y al haberse calculado de conformidad con las fórmulas de la propia norma, se han respetado los principios de razonabilidad y predictibilidad. Del mismo modo, ha confirmado las medidas correctivas ordenadas.
- o. Finalmente, y como cuestión particular, la Sala ha remitido la Resolución a la Superintendencia de Banca y Seguros a efectos de que valore el inicio de un procedimiento y la imposición de sanciones en el marco de sus competencias.

7. Del cumplimiento de la medida correctiva

Mediante escrito de fecha 21 de marzo del 2024, la aseguradora acreditó el cumplimiento de la medida correctiva dispuesta, habiendo realizado el pago de la cobertura del seguro de desgravamen del crédito de consumo personal habiendo abonado a la institución financiera acreedora el monto correspondiente a la deuda pendiente de ser pagada. Adicionalmente, acreditó el pago de las costas del procedimiento ascendente a S/36.00 soles. Lo cual además fue debidamente informado a la denunciante.

8. De las costas y costos del procedimiento

En fecha 18 de marzo del 2024, la denunciante presentó una solicitud de pago de costos del procedimiento, requiriendo al Órgano Resolutivo de Procedimientos Sumarísimos del INDECOPI, el pago del importe de S/36.00 soles por concepto de costas y S/12 000.00 soles por concepto de costos, sin embargo, no cumplió con adjuntar el correspondiente comprobante que acredite el pago de la tasa administrativa de S/36.00 soles por derecho de tramitación. Cabe indicar que si cumplió con presentar el correspondiente recibo por honorarios. A razón de ello, se le requirió que cumpla con adjuntar el mencionado comprobante en el plazo de dos días hábiles.

Tomando en cuenta lo anterior, mediante resolución N° 2 de fecha 31 de julio del 2024, el Órgano Resolutivo de Procedimientos Sumarísimos del INDECOPI resolvió declarar tener por no presentada la mencionada solicitud, motivo por el cual se archivó el cuaderno incidental aperturado, por cuanto la denunciante no cumplió con el requerimiento de la autoridad.

Sin embargo, se dejó a salvo su derecho de volver a presentar su solicitud.

A la fecha de presentación del borrador del presente trabajo de investigación, no se ha advertido que se haya iniciado un nuevo procedimiento de liquidación de costas y costos. Tampoco existe certeza del inicio de un proceso contencioso administrativo para cuestionar la decisión de la Sala en sede judicial.



CAPITULO II: MARCO LEGAL

1. Código de Protección y Defensa del Consumidor

El Código es la norma de mayor rango cuando se habla de legislación sobre protección al consumidor, siendo el instrumento mas importante para la resolución de procedimientos que tienen como punto de partida una afectación a los derechos de los consumidores.

Este Código, recoge no solo aspectos punitivos y típicos de las conductas que sanciona, sino que además, contiene aspectos procesales del trámite del procedimiento administrativo de protección al consumidor.

Sin embargo, como toda norma de esta naturaleza, se apoya en otras de menor rango y de mayor rango para cumplir con su finalidad, como lo son las diversas directivas y disposiciones emitidas a lo largo de su vigencia.

1.1. Deber de idoneidad

De conformidad con los artículos 18° y 19° del Código, la idoneidad en la puesta a disposición de productos o servicios al alcance de los consumidores, supone que estos sean brindados en la forma tal y como fueron ofrecidos y obedeciendo a las expectativas lógicas y razonables que se desprendan de las garantías legales establecidas en el Código a través de la regulación del artículo 20° del mencionado cuerpo normativo.

Es importante precisar que el parámetro de razonabilidad sobre la naturaleza de los productos o servicios adquiridos, se funda principalmente en el acuerdo contractual al que se haya arribado luego de discutidos los términos de la adquisición del producto o servicio.

En aplicación a esta norma, los proveedores entonces tienen la obligación de entregar a los consumidores los productos o servicios en las condiciones informadas o previsibles, claro está, tomando en consideración la naturaleza de estos.

1.2. Deber de información

El artículo 1º, inciso 1, literal b) del Código establece el derecho de los consumidores de acceder a información oportuna, suficiente, veraz y de fácil comprensión para que los consumidores tomen una decisión respecto de la adquisición de un producto o servicio. La mencionada descripción es concordante con el contenido del artículo 2º inciso 1, 2, 3 y 4 del Código que prevé la manera en la que debe ser puesta la información a favor de los consumidores, imponiendo incluso a los proveedores la obligación de procurar otorgar a todos sus clientes la información pertinente para saber si la decisión de acceder al producto o servicio es aquella que logrará satisfacer sus necesidades.

Al respecto, corresponde señalar que el principio de especialidad ha permitido una regulación especial respecto de los artículos 1º, 2º por sobre el artículo 19º del Código.

1.3. Medidas correctivas

El Código de Protección y Defensa del Consumidor regula que, en los casos en los que se determine la existencia de una afectación a los derechos de los consumidores, de conformidad con el artículo II del Título Preliminar, se deberán disponer las acciones correspondientes y tendientes a que aquello que impidió que el consumidor acceda a productos y servicios idóneos, sea revertido, en concordancia además con el artículo 13º del mismo Código, que señala la finalidad del propio Código, en tanto tiene la intención de reducir y proteger a los consumidores de la asimetría informativa.

En ese sentido, expresamente en el Código señala que se podrán dictar medidas correctivas en base a ciertos criterios descritos en los artículos 114º, 115º y 116º, las cuales podrán ser dictadas a solicitud de parte o incluso de oficio, siendo las primeras de naturaleza reparadora – que tienen la finalidad de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas – mientras que las complementarias deberán revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que en el futuro se produzca nuevamente.

Cabe mencionar además que, bajo ningún concepto las medidas correctivas tendrán una finalidad indemnizatoria, puesto que de acuerdo al artículo 100° del mismo Código, estas pretensiones deberán ser encauzadas a través de la vía judicial.

Finalmente, el pago de las costas y costos, tampoco corresponden ser consideradas como una medida correctiva, no solo porque la finalidad del procedimiento no es el pago de costas y costos del procedimiento, sino que además, conforme el artículo 106° del Código, establece un procedimiento análogo – pero accesorio – al procedimiento principal de protección al consumidor, por tanto, si bien mediante el pronunciamiento de primera o de segunda instancia se determina la condena de pago de costas y costos, será necesario el inicio de un nuevo procedimiento – conforme la Directiva única ante el Órgano Resolutivo de Procedimientos Sumarísimos – por tanto, no se subsumen dentro del tipo de medida correctiva. A manera de ejemplo, es posible que se determine responsabilidad del administrado, pero en el procedimiento incidental de costas y costos, se deniegue el pago de estas.

1.4. Prescripción

El artículo 121° del Código regula los términos de prescripción de la infracción administrativa en los términos del procedimiento administrativo de protección al consumidor.

La norma, ha establecido que el plazo prescriptorio de la acción es de 2 años de cometidos los ilícitos.

En ese sentido la prescripción en el sentido de las normas de protección al consumidor supone la pérdida de “*ius puniendi*” del estado, lo que supone la eliminación de la posibilidad de que la autoridad administrativa conozca los hechos denunciados.

Es pertinente indicar que, la jurisprudencia también ha desarrollado los términos de inicio del plazo prescriptivo, planteando la teoría de la *cognoscibilidad objetiva*, la cual propone que, hay escenarios en los que el consumidor no tuvo la oportunidad de conocer la ocurrencia del presunto hecho infractor sino hasta que sus efectos se manifestaron, por lo que de manera excepcional, el plazo de cómputo de la prescripción podrá correr desde el momento en el que el hecho y su autor llegaron a conocimiento del afectado, salvo excepciones como aquellas en las que el desconocimiento haya sido responsabilidad del propio consumidor.

Lo anterior – sobre la prescripción – tiene base en el desarrollo del artículo 252° del TUO de la Ley 27444, misma que desarrolla la naturaleza temporal de las infracciones, desarrollando que estas pueden ser instantáneas, permanentes y continuadas.

Finalmente, se debe señalar que, el artículo 91° del TUO de la Ley 27444 establece que la autoridad administrativa debe asegurarse de su propia competencia, siendo que la concurrencia de los requisitos para señalar la prescripción de una infracción acarrea la improcedencia de la denuncia, de conformidad con el artículo 108° del Código, inciso d), poniendo fin al procedimiento.

2. Directiva Única N° 01-2021-COD-INDECOPI

La directiva única, es el instrumento que regula el procedimiento de protección al consumidor tanto de los procedimientos iniciados de parte o por iniciativa de la autoridad, incluye aspectos del trámite, la regulación sobre aceptación de ciertas figuras como el allanamiento, establece pautas sobre los recursos impugnatorios y demás supuestos que no son regulados de manera expresa en el Código. En ese sentido, esta norma, sirve como base para la aseguranza de un debido procedimiento.

2.1. Rebeldía

De conformidad con el artículo 14° de la Directiva única, se establece que luego de iniciado el procedimiento administrativo y notificada la resolución correspondiente al denunciado, este tendrá un plazo de 5 días hábiles para la presentación de sus descargos.

Ahora, si bien es cierto la norma de protección al consumidor – entiéndase el propio Código – no regula expresamente el supuesto de Rebeldía, se tiene que dada la posibilidad de aplicar supletoriamente otros textos normativos, en referencia al artículo 26° del Decreto Legislativo 807 – Ley Sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI – se ha dispuesto que cuando un administrado no cumpla con presentar sus descargos en el plazo otorgado, se declarará su rebeldía, lo cual es concordante con el artículo 461° y 462° del Código Procesal Civil, estableciendo sanciones a los administrados – como la no valoración de los beneficios del allanamiento – en los términos de Protección al Consumidor – sin embargo, la declaración de rebeldía no impide que se valoren posteriores alegatos de las partes, dado que ello solo supone la aplicación de una presunción relativa de los hechos de la denuncia.

2.2. Informe Final de Instrucción

El artículo 18° de la Directiva establece que, conforme ha dispuesto el artículo 255.5° del TUO de la Ley N° 27444, corresponde emitir un Informe Final de Instrucción a cargo de la Secretaría Técnica que contendrá las recomendaciones sobre la resolución del caso analizado. A su emisión, se otorga un plazo de 5 días hábiles a las partes a efectos de que estas expresen su posición o, en base a lo desarrollado, presenten sus objeciones, incluso, nuevos medios probatorios.

En el caso de los procedimientos de protección al consumidor encausados por las diferentes comisiones que conforman el conducta ordinario de denuncias, luego de la emisión del Informe Final de Instrucción, este es puesto a disposición del colegiado de la Comisión correspondiente y valora habitualmente sus recomendaciones de manera positiva.

3. Código Procesal Civil

Si bien el Código Civil es legislación de aplicación supletoria en los procedimientos de denuncia de protección al consumidor, lo cierto es que contiene conceptos procesales y teóricos que resultan importantes traer a colación cuando se resuelven procedimientos como al analizado.

Lo anterior, tiene además concordancia con el hecho de que no pueden existir en un ordenamiento bien pensado, normas que sean contradictorias, tomando en cuenta la naturaleza residual de sus procedimientos y procesos, por tanto, mucha de la normativa de protección al consumidor, aunque independiente, no es distinta o está alejada de lo regulado en el Código Civil y el Código Procesal Civil.

3.1. Debido proceso y procedimiento

El debido proceso-procedimiento, encuentra su principal contenido en el hecho de que, a través de el mismo, se podrá dotar de una debida tutela jurisdiccional y un adecuado ejercicio de la defensa de las partes, de conformidad con el artículo primero del Título Preliminar del TUO del Código Civil.

En este sentido, la aplicación supletoria de todas las garantías procesales que existen en la normativa peruana, permite que se vinculen estas garantías también al procedimiento administrativo de protección al consumidor.

Del mismo modo, la falta de un debido proceso, acarrea incluso la posibilidad de que se declare la nulidad del acto administrativo, enaltecándose como una de las garantías más importantes dentro de todo trámite administrativo.

3.2. Debida motivación

El artículo 338° del TUO del Código Civil establece que cuando una sentencia ha sido emitida sin contener una adecuada motivación, podrá considerarse este como un vicio de nulidad, lo cual, ha sido considerado e

interpretado por distintos pronunciamientos, incluso en sede constitucional como una postura adecuada.

En ese sentido, este criterio supone que todos los administrados tienen el pleno derecho de que las decisiones que le son aplicadas, deben encontrarse debidamente motivadas, guardar lógica y correspondencia entre aquello que se pretende resolver, con la finalidad de que conozcan también el motivo por el cual su pedido es aceptado o rechazado.

Lo anterior es concordante con el artículo 3° inciso 4, del TUO de la Ley 27444 que dispone que todo acto debe ser emitido en proporción al contenido y conforme al ordenamiento jurídico.

3.3. Carga probatoria

El artículo 196° del TUO del Código Civil establece que la carga de la prueba corresponde a quien afirma los hechos que configuran su pretensión o quien los contradice con nuevos hechos.

Lo anterior, ha sido recogido por el TUO de la Ley N° 27444 en su artículo 173° inciso 2, que establece que es la obligación de las partes de aportar pruebas para respaldar sus afirmaciones.

En términos del Procedimiento de Protección al Consumidor, la carga de la prueba se distribuye de la siguiente manera: a) en primer lugar corresponde al consumidor probar la existencia de un defecto en

el bien o servicio; y, b) en segundo lugar, acreditado el defecto, corresponderá al proveedor demostrar que el mismo no le es imputable (inversión de la carga de la prueba), sea porque actuó cumpliendo con las normas debidas o porque acreditó la existencia de hechos ajenos que no le eran imputables como son el caso fortuito, fuerza mayor, hecho de terceros o por la negligencia del propio consumidor.

En ese sentido, conviene precisar que corresponde primero a la parte denunciante aportar los medios probatorios pertinentes para causar convicción

sobre los hechos denunciados, para luego trasladarse la carga de la prueba al denunciado a fin de que este demostrase que el defecto verificado no le era imputable o respondía a hechos eximentes de responsabilidad contemplados en el artículo 104° del Código.

3.4. Declaración asimilada

El artículo 221° del TUO del Código Civil establece que las afirmaciones contenidas en actuaciones judiciales o escritos de las partes, se tienen como declaración de éstas, aunque el proceso sea declarado nulo, siempre que la razón del vicio no las afecte de manera directa.

4. Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444

El TUO de la Ley N° 27444 es por decirlo de algún modo, la norma madre que regula el procedimiento de protección al consumidor, dado que contiene aspectos procesales importantes que han sido recogidos por el propio Código de Protección y Defensa del Consumidor.

Dicho lo anterior, en infinidad de pronunciamientos se ha considerado de aplicación supletoria lo regulado en el TUO, y en otros casos, es tomado como una fuente de aseguramiento y reiterancia de la pertinencia de un pronunciamiento en determinado sentido.

4.1. Deber de aseguramiento de la propia competencia

El artículo 91° del TUO de la Ley N° 27444 establece que las autoridades administrativas 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.

Lo anterior, incluye todos los casos en los que se pretenda emitir un pronunciamiento, estando obligados a actuar sobre su competencia incluso de oficio y verificar si corresponde un pronunciamiento de fondo.

4.2. Correcta imputación

El artículo 255° del TUO de la Ley N° 27444 dispone en su inciso 3 que el procedimiento sancionador iniciará formalmente con la correcta y respectiva imputación de cargos al posible sancionado, misma que debe contener datos sobre los hechos atribuidos.

En concordancia con lo anterior, la Directiva única en su artículo 14° dispone que el procedimiento se inicia desde la notificación de imputación de cargos al posible infractor.

La mencionada imputación de cargos, además, debe estar guiada por el principio de encausamiento, mediante el cual, la autoridad administrativa se encuentra en la obligación de orientar el procedimiento de manera tal que la conducta atribuida al administrado se subsuma en los tipos infractores del código y deberá además asegurar de la existencia de legitimidad e interés sobre aquello denunciado.

4.3. Concurso de imputaciones

Uno de los principios del procedimiento administrativo descrito en la norma es precisamente el concurso de infracciones que señala que cuando una misma conducta califique como más de una infracción, se deberá aplicar la sanción prevista para la infracción de mayor gravedad, sin perjuicio de que posteriormente se establezcan las demás responsabilidades.

En el caso del procedimiento de protección al consumidor, esta es una de las figuras que menos presencia tienen, dada la naturaleza particular de los intervinientes en los expedientes discutidos, así como la particularidad de que – por su naturaleza – el procedimiento administrativo de protección al consumidor, amerita la clara identificación del hecho y la afectación ocasionada, sin embargo, habitualmente se logra distinguir este principio cuando se trata de la imposición de

las sanciones, a pesar de que se trate de imputaciones relacionadas entre sí o que generan la misma afectación.

4.4. Verdad material

El principio de verdad material, se describe como aquel mediante el cual la autoridad administrativa se encuentra plenamente facultada a procurar obtener la cantidad de medios probatorios suficientes y realizar las actuaciones necesarias para la emisión de sus pronunciamiento, ello incluso, sin que se viole la sustitución del deber probatorio que deben asumir las partes.

De manera concurrente con este principio, se tiene además el de primacía de la realidad, siendo que, en tanto un medio probatorio genere certeza respecto de cierto aspecto oscuro – salvo prueba en contrario – se deberá valorar el mismo como verdadero al momento de emitir un pronunciamiento debidamente motivado.

5. Ley Contrato de Seguro N° 29946

5.1. Riesgo no cubierto

El contrato de seguro en su artículo 1° define que este tipo de contratos, son aquellos mediante el cual la aseguradora se obliga a indemnizar dentro de los límites pactados el daño que se acredite a través de diversos mecanismos.

En ese sentido, parte esencial de las pólizas de seguros, son precisamente la descripción de aquellos riesgos que se encuentran previstos para ser indemnizados y cuales no, incluyendo aquellos casos en los que a pesar de que exista un riesgo cubierto, el mismo no podrá indemnizarse por la existencia de alguna causal de la cobertura. En el caso analizado, según su artículo 125°, el suicidio del asegurado libera al asegurador, salvo que la cobertura de la póliza haya estado vigente por dos años de manera ininterrumpida.

Así entonces, tenemos que un riesgo no cubierto será la ocurrencia de aquella circunstancia que traiga como consecuencia la afectación al asegurado, pero que

por la existencia de condiciones particulares de la póliza no acarrea el pago de la indemnización.

5.2. Periodo de carencia

En términos de los contratos de seguros, habitualmente se entiende como periodos de carencia, a aquel tiempo entre la contratación de la póliza y la ocurrencia de un hecho que podría propiciar la cobertura del seguro.

6. Decreto Supremo 032-2021-PCM

El 14 de junio de 2021, luego de la publicación en el Diario el Peruano, entraron en vigor las disposiciones del Decreto Supremo N° 032-2021-PCM “Decreto que aprueba la graduación, metodología y factores para la determinación de las multas que impongan los órganos resolutivos del INDECOPI”

El mencionado decreto recoge una serie de métodos de obligatoria consideración al momento de graduar las sanciones a imponer a los administrados que hayan sido hallados responsables por infracciones que les sean atribuidas.

En el caso de los procedimientos de protección al consumidor, la norma ha dispuesto hasta tres (3) metodologías, las cuales son (i) método preestablecido, (ii) método ad hoc y (iii) método preestablecido para infracciones relacionadas al libro de reclamaciones.

Estas metodologías, conforme describe el decreto, ameritan la consolidación de ciertas circunstancias particulares y la necesaria subsunción de los hechos ocurridos dentro de los supuestos contemplados en las tables de infracción que dispone la propia norma, vinculados principalmente a la afectación traducida en términos económicos o sobre infracciones al código de naturaleza particular. En el caso analizado, la metodología utilizada para calcular la sanción a imponer, fue la del método preestablecido, considerando el monto involucrado que fue el valor no cubierto indebidamente por la aseguradora en cada una de las dos pólizas.

**CAPITULO III: ANÁLISIS DEL
EXPEDIENTE N° 203-2022/CPC-INDECOPI-
AQP**

1. Antecedentes Relevantes – Jurisprudencia

De la revisión del procedimiento analizado, tomando en consideración la particular naturaleza del presente procedimiento, se ha efectuado una búsqueda en las bases de datos públicas del INDECOPI a efectos de evaluar la existencia de pronunciamientos similares, condicionado además a un parámetro temporal desde el año 2019 – fecha de los hechos analizados en el procedimiento – al 2024 – fecha de emisión de la resolución de segunda instancia, siendo que en el mencionado periodo, la Comisión de Protección al Consumidor de la ORI Arequipa, no ha resuelto casos en los que se discuta la comisión de suicidio – causa de exclusión de la cobertura – para la denegatoria de la cobertura de una póliza de seguros, siendo el caso analizado el único de su tipo.

Sin embargo, en la Sala Especializada en Protección al Consumidor, se han resuelto tres casos de similar índole, con la precisión que todos ellos fueron posteriores al procedimiento analizado en el presente. Adicionalmente, en los tres casos posteriores, el pronunciamiento fue declarar infundada la pretensión principal, referida a la negativa de cobertura de un seguro.

En el caso de la Resolución 392-2024/SPC, se determinó que el titular de la póliza de manera voluntaria disparó un arma ocasionando un traumatismo craneal, no calzado con el supuesto de muerte natural o accidental, aunado a las declaraciones de sus familiares y la conclusión de archivo de la Fiscalía que determinó que la muerte se dio por suicidio.

En el caso de la Resolución 709-2024/SPC, se determinó que el titular de la póliza, luego de una gresca con familiares, a los que incluso agredió, optó por autolesionarse con un arma blanca, determinándose que la muerte no ocurrió por cuestiones accidentales o naturales y por el contrario, ocurrió de manera voluntaria, lo cual es concordante con los documentos policiales, declaraciones de los familiares y la disposición de archivo del Ministerio Público.

Finalmente, en la Resolución 3513-2024/SPC, la Sala determinó que la causa de fallecimiento de la beneficiaria de la póliza, encajaba dentro del supuesto de suicidio, que si bien no era una condición expresa señalada en el condicionado de las coberturas, de

conformidad con la normativa aplicable, las coberturas solo son otorgadas en caso de muerte accidental, natural o invalidez total. Cabe indicar que en este caso, no se encuentra en discusión que la muerte de la beneficiaria fue a causa de un suicidio – muerte por precipitación.

Como se advierte del análisis anterior, lo cierto es que habitualmente la Sala se decantó por resolver los casos similares, denegando las coberturas en la medida de que se encontraba acreditada la causal de fallecimiento del titular o beneficiario de la póliza, con la particularidad de que en dichos casos, existía certeza al respecto, lo cual, no ocurre en el caso analizado.

Es pertinente mencionar que, en general, los casos en los que se debe determinar la viabilidad de la cobertura, la autoridad administrativa no discute los términos de las coberturas contratadas – las cuales son previamente aprobadas por la Superintendencia de Banca y Seguros – y que en caso sean contrarias a la norma, no son aplicables incluso, sino que procura determinar si los hechos encajan en los supuestos analizados, y en caso de duda o imprecisión sobre lo alegado por las partes, se decanta por aplicar el principio *Pro consumidor*.

2. De la denuncia

De conformidad con el contenido normativo de la directiva única, el procedimiento se inició con el correspondiente escrito de denuncia, que a pesar de haber sido dirigido al Jefe de la Comisión de Protección Al Consumidor de la ORI Arequipa – órgano y cargo que no existe – en virtud de los principios de adecuación de oficio, flexibilidad e impulso de oficio, fue tramitada por la correspondiente Secretaría Técnica de la Comisión de la ORI Arequipa.

El trámite inició con el procedimiento de calificación de la denuncia que conforme el artículo 14° de la Directiva Única tiene un plazo máximo de 20 días hábiles, dando paso a la emisión de la correspondiente resolución de inicio de trámite de fecha 5 de julio del 2022. En el presente caso, no se efectuaron requerimientos de subsanación de la denuncia – referidos a defectos en el contenido de la denuncia como una redacción

ambigua u oscura; o relacionados con vicios subsanables como la omisión de presentación de la tasa por trámite correspondiente.

Se debe mencionar que en el presente caso, la denunciante acudió a la autoridad administrativa, mediando además la representación del letrado que participó como defensa de la denunciante, adjuntando a su denuncia – en razón de la naturaleza del procedimiento – documentación que la acreditaba como heredera del fallecido titular de las coberturas, la historia clínica del mismo, el certificado de defunción, y las comunicaciones en las que se verifica la negativa de otorgamiento de la cobertura contratada.

La denuncia, conforme el cargo de presentación fue ingresada a la autoridad administrativa el 3 de junio del 2022 y la resolución de inicio de trámite, fue emitida el 5 de julio del 2022, esto es 19 días de ingresada la denuncia.

Lo anterior, habla sobre la carga de expedientes que soporta la ORI Arequipa respecto de procedimientos administrativos, haciendo que los plazos se cumplan si, pero al límite, ocasionando que incluso los procedimientos se alarguen durante todo el plazo establecido para la resolución del expediente, lo cual si bien no resulta indebido, puede tener consecuencias negativas de cara a los usuarios de esta institución y pone en la palestra la necesidad de constante mejoramiento de los procedimientos administrativos a cargo del INDECOPI, incluyendo el personal destacado para estas labores.

Ya sobre el contenido del escrito de denuncia, considero que el mismo adolece de ciertos defectos, que si bien no son sustanciales, permite dar cuenta de que la denunciante – a través de su abogado representante – no tenían conocimiento especializado sobre el procedimiento, dado que el petitorio no contiene un pedido a raíz del incumplimiento, sino que es mas el señalamiento de la infracción a denunciar, y de manera posterior, incluye la solicitud de medidas correctivas.

De otro lado, si bien la fundamentación fáctica parte desde el fallecimiento del titular y sus causas, no se advierte un relato lineal, en tanto *salta* entre el diagnostico del fallecido y los productos que contrató antes de fallecer e incluso el momento en el que se dio la negativa de la cobertura. Siendo que considero que incluso, la denuncia no reunía

los elementos necesarios para haber sido admitida a trámite y se deberían de haber realizado requerimientos de subsanación, en tanto, esta no cumple con lo requerido en el artículo 11° numeral 2, inciso c de la directiva única que dispone que corresponde:

“d) Enumeración de los defectos del producto o servicio, además de indicar la fecha o periodos de ocurrencia de cada uno de estos; así como el relato de manera ordenada, clara y concreta de los hechos que sustenten las presuntas infracciones cometidas por el proveedor.”

Inclusive, luego de la explicación de los hechos del caso, vuelve a solicitar nuevas medidas correctivas, que en parte, nacen de los incumplimientos alegados durante la tramitación de las coberturas que finalmente fueron denegadas.

Finalmente, resulta llamativo que la denunciante haya realizado una propuesta de la sanción que correspondería colocar a los denunciados, alegando los supuestos del artículo 112° del Código e incluso alegando la existencia de circunstancias agravantes, sustentadas en la inacción por procurar la corrección de sus errores.

3. De La Defensa De Los Denunciados

3.1. De la aseguradora

En el presente caso, se debe mencionar que la aseguradora no cumplió con la presentación de sus descargos dentro del plazo correspondiente de 5 días hábiles posterior a la notificación de cargos, motivo por el cual fue debidamente declarada en rebeldía.

Ahora bien, ya sobre este punto, se debe tomar en cuenta que si bien en su escrito de descargos alega que finalmente y tras una segunda revisión de los documentos referentes a las coberturas, procedieron a dar una de ellas, la relacionada al crédito con garantía hipotecaria, e incluso presentaron documentos tendientes a acreditar el pago efectivo a la entidad financiera, lo cierto es que esta presentación de descargos tardía, le impidió el acceso a la figura del allanamiento, mediante la cual, bien pudo reconocer la infracción cometida y beneficiarse de los

atenuantes regulados, incluyendo la imposición de una amonestación como sanción y no una multa de 16.08 UIT. Ello tomando en cuenta que en el presente caso, la cobertura fue posterior a la presentación de la denuncia y por tanto, no se configuraba el supuesto de subsanación de la conducta que acarrea la improcedencia.

Por su lado respecto de la segunda cobertura, aquella que no fue otorgada, la aseguradora incidió estrictamente en los términos de la póliza contratada y la interpretación que desarrolló respecto de la historia clínica del fallecido, sin embargo, considero que en un intento de ser preciso en sus argumentos teóricos, descuidó el aspecto fáctico y finalmente no pudo desarrollar adecuadamente el por qué consideró en principio que la muerte del asegurado calificaba como suicidio. Inclusive, el argumento relacionado a que en los certificados médicos o historias clínicas no se puede colocar la palabra “*suicidio*” por cuestiones de sensibilidad, en la practica no resulta ser tan sólido, dado que tanto su contrato como la norma pertinente si contemplan el mencionado término, en todo caso, su argumento base es un dicho o interpretación y no una certeza.

La aseguradora indica que en el certificado médico se señala que el fallecimiento se produjo por una falla multiorgánica y edema pulmonar, lo cual es cierto, sin embargo, no es cierto que se haga referencia en el certificado médico que tales males hayan sido ocasionados por la ingesta voluntaria de veneno para palomas. De otro lado, argumenta que al momento de ingresar el paciente, un familiar no identificado plenamente alegó ello, sin embargo, no presenta medios que sustenten tal postura.

En general, la defensa del denunciado se basa en indicios que nacen de su propia observación de la historia clínica y detalles nacidos de presunciones, mas no hechos, lo que finalmente contribuyó en que perdiese en primera instancia. Finalmente, no hace referencia alguna a los motivos por los cuales, denegó en primer momento la primera cobertura y luego la aceptó, puesto que las circunstancias no variaron.

Sobre la imputación sobre la presunta no remisión de la información solicitada, se limitó únicamente a indicar que si respondió la comunicación y adjuntó el cargo de respuesta.

Estas alegaciones son incluso reiteradas en la absolución del Informe Final de Instrucción, y remarca en dicha defensa que se debe además tomar en cuenta la disposición de archivo al no haberse encontrado elementos para investigar un presunto homicidio, lo que hace concluir a la aseguradora que se trata de un suicidio.

Por su lado, en su escrito de apelación, luego de haber sido vencido en la primera instancia en los aspectos de fondo – denuncia por la negativa de cobertura – en general la aseguradora centra su escrito impugnatorio en los mismos argumentos de su defensa.

Llama la atención que, luego de desarrollar los antecedentes de la denuncia, inicia su apelación planteando una serie de nulidades con una clara intención dilatoria, a tal punto que llega a proponer hasta 4 argumentos referidos a no a la indebida consideración de los medios probatorios, sino a cuestionar el trámite del expediente como la imputación de cargos, la notificación de escritos de mero trámite o incluso cuestiones sobre la motivación de la resolución de primera instancia.

En suma, el escrito de apelación, no tiene un contenido que permita conocer en detalle los puntos por los cuales la resolución de primera instancia es indebida o errada, sino que reitera y repite la defensa inicial sin aportar perspectivas nuevas para ser interpretadas o alegaciones que permitan determinar claramente el por qué considera errado el pronunciamiento de la Comisión, de ahí que ya en la resolución de segunda instancia, todas sus cuestiones previas, son resueltas prácticamente en un mismo punto.

3.2. Del banco

La institución financiera presentó sus descargos en fecha 3 de agosto del 2023, luego de haber solicitado una prórroga del plazo para ello, la cual fue concedida mediante la correspondiente resolución de Secretaría Técnica.

En el contenido del escrito del banco, en principio plantea una cuestión previa sobre la improcedencia de la denuncia en su contra – relacionada a la prescripción del hecho denunciado, por cuanto el requerimiento sobre el cual se le acusó de no haber respondido, fue remitido el 13 de noviembre del 2019 y la denuncia fue presentada después de superados los 2 años.

Sin embargo, efectúa defensa sobre el fondo y señala que, sin perjuicio de la improcedencia alegada, si cumplió con atender la carta de la denunciante mediante un correo electrónico del 29 de noviembre del 2019.

Respecto a tal escrito, es conciso en su pretensión – la declaración de improcedencia de la denuncia – y dado que además formula alegatos de fondo que acreditan el eximente de responsabilidad, no ostenta mayor grado de complejidad que resalte.

4. Del Trámite del Expediente

En general, el trámite del expediente resulta ser el habitual para este tipo de procedimientos, sin embargo, si se advierte que el expediente se resolvió en el límite del plazo otorgado para su resolución.

Sin embargo, se tiene del expediente que en el mismo se hizo una adecuada admisión a trámite de la denuncia, inclusive, se verifica que las partes tuvieron la oportunidad de conocer los hechos y se les otorgó el plazo para la absolver la denuncia.

Es importante señalar que, si bien luego de la tramitación de los escritos de descargos presentados por las partes, se emitió el correspondiente Informe Final de

Instrucción, e inclusive se les otorgó a las partes un plazo para presentar sus observaciones al mencionado Informe, lo cual hicieron de manera efectiva.

Cabe indicar que, si bien el denunciado cuestionó que se afectó su derecho de defensa al no habersele informado sobre el contenido del escrito de absolución del informe final de instrucción presentado por la denunciante, lo cierto es que, como tal señaló la sala en su oportunidad, tales argumentos no resultaban relevantes para la resolución del caso.

5. De la resolución de primera instancia

Luego de la valoración de los diversos medios probatorios obrantes en el expediente, así como de los escritos presentados por las partes y finalmente el Informe Final de Instrucción emitido por la Secretaría Técnica, se emitió la correspondiente resolución final que pone fin a la primera instancia del procedimiento administrativo, la Resolución N° 0006-2023/INDECOPI-AQP.

Del contenido de la mencionada resolución, se advierte en principio la consolidación de todos los antecedentes del caso y el resumen de los antecedentes en cuestión, siendo que tomó como argumentos relevantes para resolver el fondo de la cuestión los siguientes:

- a. Analiza ambas coberturas como conductas independientes, crédito hipotecario y crédito de consumo personal con garantía hipotecaria.
- b. Si bien se ha dado cobertura al crédito hipotecario, el mismo ha sido posterior a la presentación de la denuncia, por lo que no ha ocurrido la subsanación de la denuncia y corresponde analizar el fondo de la conducta.
- c. Al haber reconocido el denunciado que no realizó un adecuado análisis inicial sobre la cobertura de crédito hipotecario, se tiene por validada su responsabilidad.
- d. Respecto de la cobertura del crédito de consumo personal con garantía hipotecaria, la exclusión pactada considera el *suicidio* como causal de exclusión, pero, a diferencia de lo alegado por el denunciado, no contiene un periodo de carencia de 2 años en sus condiciones particulares.

- e. En el certificado de defunción no se señala que la causa de muerte haya sido suicidio, sino falla orgánica múltiple y edema pulmonar.
- f. De la historia clínica, no se desprende que la ingesta de una sustancia tóxica haya sido realizada de manera voluntaria y en todo caso, el hecho de que terceros hayan mencionado que ello ocurrió así, no puede tomarse como válido al no tener certeza de ello.
- g. Al acta de intervención policial y el informe de necropsia, contiene la misma información de la historia clínica y el certificado de defunción.
- h. El archivo de la investigación fiscal se da en gran medida porque el fallecido no presenta lesiones traumáticas y no se ha podido individualizar a un presunto autor.
- i. El hecho de que en la historia clínica se señale que el paciente ingresó acompañado de un familiar que indicó que el fallecido ingirió una sustancia tóxica, no es un indicio certero de que ello haya ocurrido, en todo caso, no se tiene certeza de tal afirmación, ni se ha identificado plenamente a la persona.
- j. Las alegaciones del denunciado son presuntivas, en ninguno de los documentos se verifica que el fallecido haya ingerido voluntariamente una sustancia tóxica, por lo que la negativa tiene una base indiciaria y no causa certeza.
- k. Sobre el deber de información, indica que respecto de la carta remitida a la entidad financiera y a la aseguradora, se ha verificado la superación del periodo de dos años para la prescripción, por lo que corresponde declarar su improcedencia.
- l. Para la graduación de la sanción a imponer, aplica el Decreto Supremo 032-2021-PCM, considerando al denunciado como una gran empresa, y atribuyendo un nivel de afectación alto. Sin embargo aplica un atenuante a una de las multas – por la cobertura tardía al seguro de desgravamen por crédito hipotecario, concluyendo multas por 22.97 UIT y 16.08 UIT.
- m. Al haberse verificado la afectación denunciada, ordena el pago de costas y costos, adicionalmente dispone la inscripción de la aseguradora en el Registro de Infracciones y Sanciones.

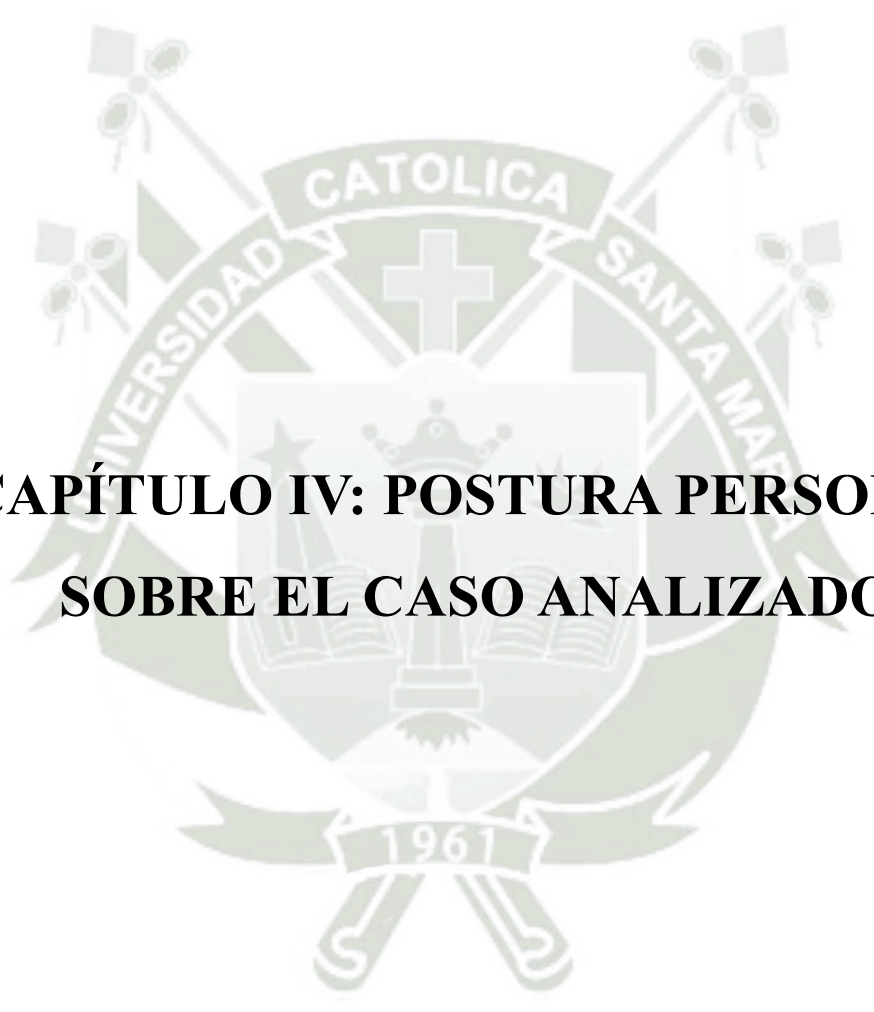
6. De la resolución de segunda instancia

Tomando en cuenta que la segunda instancia solo se pronunció sobre las infracciones atribuidas a la aseguradora, luego de analizar el contenido del expediente, la Sala emitió la Resolución N° 333-2024/SPC-INDECOPI.

En la mencionada resolución la sala confirmó en su totalidad el pronunciamiento de primera instancia, siendo relevante tomar en cuenta que:

- a. Dejando de lado los descartes de las cuestiones previas planteadas por el denunciado sobre presuntas afectaciones al debido procedimiento, se pronuncia sobre el fondo indicando que, en principio no es un hecho controvertido que el titular de las pólizas falleció y que las coberturas fueron negadas aduciendo que el deceso se produjo por la ingesta de veneno, lo cual configuró la causal de exclusión de suicidio.
- b. Si bien del análisis de los medios probatorios es posible advertir que el titular falleció a causa de un edema pulmonar y falla orgánica múltiple, ello se debió por haber estado internado por día días durante la ingesta de una sustancia nociva ingerida como alimento.
- c. El artículo 15° del Reglamento para la Gestión de Pago de Siniestros atribuye a las compañías aseguradoras la carga de fundamentar el rechazo de un siniestro sobre la base de pruebas o evidencia que acrediten de manera fehaciente los motivos por los cuales un siniestro no debe ser cubierto.
- d. La Sala coincide con la comisión en que contrario a lo alegado por la aseguradora, en toda la documentación obrante en el expediente, no se habla o hace alusión al termino de *suicidio*, en todo caso, solo se tiene certeza de que el denunciante falleció por *falla orgánica múltiple*, siendo que no se puede deducir que ello ocurrió por voluntad propia.
- e. Tampoco se puede aseverar que por el solo hecho de haber ingerido una sustancia tóxica, ello constituye un caso de suicidio, por cuanto existe la posibilidad de que ello pueda haber sido un accidente, por ello no se encuentra acreditado el contenido voluntario alegado por la aseguradora.

- f. El testimonio de un familiar no identificado no justifica por sí solo la justificación del rechazo, en todo caso ello no se encuentra respaldado probatoriamente.
- g. El hecho de que se haya otorgado la cobertura de uno de los seguros no enerva el hecho de que el rechazado haya sido indebido desde un principio, por lo que en ambos casos, no resulta relevante analizar el periodo de carencia de 2 años impuesto para los casos de suicidio.
- h. Sobre la graduación de la sanción, indica que, en tanto se aplicó correctamente el Decreto Supremo N° 032-2021-PCM resulta correcto, dado que este entró en vigor el 14 de junio de 2021 y la denuncia fue admitida a trámite el 5 de julio del 2022, por lo que correspondía aplicar la normativa.
- i. Desarrolla la fórmula aplicada por la Comisión en base a los factores de graduación de sanción del mencionado decreto, tomando en cuenta que en ambos casos el nivel de afectación ascendía a un monto mayor a las 8 UIT.



CAPÍTULO IV: POSTURA PERSONAL SOBRE EL CASO ANALIZADO

1. Del Pronunciamiento de Primera Instancia

Considero que, en principio el procedimiento tuvo un inicio complicado, dado que el escrito de denuncia contiene ciertas carencias que contribuyeron a la falta de claridad de los descargos del denunciado, por cuanto, no era claro en su pedido tampoco identificaba adecuadamente la afectación ocasionada, lo que a su vez, contribuyó a que la defensa del denunciado fuese tan *caótica* en algunos aspecto.

Dicho ello, el pronunciamiento de primera instancia, respecto a los argumentos de fondo sobre las coberturas de las pólizas me parece adecuado, dado que – coincidiendo con el análisis independiente por cada producto – inclusive el propio denunciado reconoció un error en la valoración de la primera solicitud de cobertura del crédito hipotecario, permitiendo en todo caso que a través del procedimiento iniciado se proteja el derecho de la consumidora. Y a su vez, permitió analizar si es que la negativa sobre el segundo crédito resultaba adecuada o no.

Como opinión propia, advierto que el enfoque del análisis partiendo primero desde la premisa de si es que se acreditó o no la ingesta de una sustancia tóxica de manera voluntaria antes de la validación del periodo de carencia de dos años, resulta correcto, puesto que incluso, como lo señala la Sala, ese análisis resulta residual si es que se determina que no ocurrió un suicidio, y por ello, la cobertura resultaba pertinente.

De otro lado, el hecho de que en ninguno de los documentos médicos o legales se estipule la causa de muerte como consecuencia de un suicidio da respaldo a la postura de la denunciante, puesto que ante ello, el único argumento del denunciado era que, *por decoro* estos documentos no utilizan tal término, resulta cuando menos insuficiente, por tanto, si considero que se debió profundizar en el principio de textualidad y señalar de manera mas directa que, en tanto no se mencionaba el suicidio como causa de muerte en los documentos oficiales, no se podía considerar ello al momento del rechazo de la cobertura.

En ese sentido, es importante mencionar que la resolución de primera instancia directamente desarrolla que, ante el reconocimiento de la asegurado de un error en la valoración de los documentos sobre la primera cobertura – crédito hipotecario –

analizando y trayendo a colación el artículo 221° del Código Procesal Civil Peruano, sobre la declaración asimilada y tomando en cuenta que el propio denunciado reconoció su error. En este punto es importante mencionar que acertadamente se ha considerado que tal reconocimiento no ha sido valorado como un allanamiento o reconocimiento en los términos del procedimiento de protección al consumidor, a la vista que no solo en el escrito de descargos, no se menciona ni se hace expreso señalamiento a un allanamiento – como lo exige la Directiva única – sino que además, se debe tomar en consideración que los descargos de la aseguradora fueron extemporáneos y posteriores a la declaración de rebeldía de denunciado.

Ya sobre el análisis de la segunda cobertura solicitada, de manera acertada se ha considerado que se encuentra excluida de toda cobertura el fallecimiento por *suicidio* o por *lesiones inferidas al asegurado por si mismo o terceros con su consentimiento*, ello de acuerdo a los términos del propio contrato, pero indica que, a pesar de que se encuentran establecidos claramente los supuestos de exclusión de cobertura, no define el término de suicidio e efectos de su cobertura – en gran medida gracias al hecho de que la norma tampoco da una definición clara sobre ello, por lo que inclusive, se advierte un gran espacio para la interpretación sobre este término.

La Comisión asume de manera adecuada – a mi criterio – que el hecho de que se haga referencia a la posible ingesta de veneno o una sustancia tóxica como veneno para palomas, no supone que ello haya sido de manera intencional, dado que no se encuentra acreditado el índice de voluntad en tal acto, lo que además, se condice con aquello señalado en el certificado de defunción del fallecido, en donde se desarrolla que la causa de muerte fue un edema pulmonar y una falla orgánica múltiple.

La autoridad de primera instancia en efecto realiza una adecuada valoración de los medios probatorios obrantes y logra advertir que en ninguno de los documentos médicos oficiales se señalar el suicidio como causa de muerte, ni tampoco se hace referencia alguna directa a que la causa de muerte haya sido consecuencia de lesiones procuradas de manera voluntaria a sí mismo.

Así, la Comisión atribuye una adecuada validez a aquellas declaraciones brindadas por supuestos familiares que acompañaron en su ingreso al fallecido al centro médico, como meras alegaciones de partes que no son ni han sido adecuadamente demostradas.

Finalmente, sobre la conclusión respecto de que el Ministerio Público haya decidido no continuar actos de investigación por el fallecimiento del titular de la póliza no constituye el reconocimiento o declaración de esta autoridad de que el titular falleció a causa de un suicidio, considero que la misma es válida, tomando además en cuenta la naturaleza del procedimiento de investigación en el que toma partido el Ministerio Público, por tanto, si bien no inicio una investigación, ello se dio a razón de que no encontró circunstancias que involucren la participación de un tercero.

En todo caso, de acuerdo con lo regulado en la Ley del Contrato de Seguro, así como demás normativa relevante, es una obligación del administrado acreditar – carga de la prueba – que su actuación ha sido realizada conforme la norma, y que la cobertura o rechazo de una póliza ha sido mediando siempre razones debidamente justificadas, lo cual no ha ocurrido en el presente caso.

Me resulta llamativo el hecho de que el alegato para el rechazo de la cobertura, sobre todo hablando de montos tan elevados, por parte de la aseguradora tenga como base únicamente alegaciones de parte, lo cual, sumado a lo que considero una mala redacción de los términos contractuales, dado que no define el suicidio en los términos de su cobertura, contribuyen a que sea sumamente complicado que se valide el rechazo de una cobertura por la mencionada causal de exclusión. Esta atención al detalle, se refuerza más si es que se toma en consideración que, como postura personal, considero que si es completamente factible que el fallecido haya tomado la decisión de autolesionarse y tomar su propia vida, pero al no existir medios probatorios suficientes respecto de ello, el rechazo de la cobertura, resulta injustificado. Lo anterior también pone en atención el que no considero que se haya realizado una correcta admisión del titular al momento de ser ingresado al centro médico, dado que, se recogieron datos de personas sin que se les identifique plenamente, ello contribuyó sin lugar a duda que no se haya podido determinar si es que la ingesta de la sustancia tóxica fue intencional o no. Como cierre, lo cierto es que la particularidad del presente reside en que a pesar de que existen elementos suficientes para considerar que si hubo un *suicidio* por parte del titular

de la póliza, lo cierto es que la inexistencia de medios probatorios suficientes que permitan confirmar ello, fue determinante, en dado caso hubiese existido por ejemplo una carta de despedida, un historial médico de episodios similares o incluso antecedentes psiquiátricos donde se establezca una posible tendencia hacia la afectación contra la propia vida, podría haber variado el rumbo de lo resuelto.

Finalmente, sobre lo resuelto sobre la respuesta de las comunicaciones, considero que el análisis no amerita mayor explicación, resulta acertada la declaración de improcedencia, por cuanto claramente se encontraba superado el plazo de prescripción señalado en la norma de dos años desde la generación del presunto hecho infractor.

Por su lado, respecto de la graduación de la sanción al denunciado, en este caso únicamente a la aseguradora, si difiero sobre el contenido de la resolución, por cuanto si bien indica cual es la metodología que aplica, en este caso el Decreto Supremo 032-2021-PCM, que estuvo vigente al momento de la interposición de la denuncia y los hechos en buena cuenta – al momento del rechazo de la cobertura – este apartado es sumamente escueto y advierto una seria afectación al deber de motivación, en tanto no indica el porque de los factores que contempla al momento de graduar la sanción y la explicación es técnicamente nula, limitándose a colocar un pantallazo del resumen del *Reporte del Cálculo de multas*, lo que en buena cuenta pudo haber ocasionado la declaración de nulidad de dicho extremo y ameritar un adecuado pronunciamiento por parte de la Comisión.

2. Del pronunciamiento de segunda instancia

En respaldo del análisis anterior, considero que el pronunciamiento de segunda instancia resulta en principio adecuado, dado que recoge en su totalidad los argumentos de la primera instancia, y concluye que, a pesar de la documentación obrante en el expediente, nunca se acreditó la comisión de suicidio o lesiones provocadas de manera voluntaria por el denunciante que desencadenaron en su fallecimiento.

Lo cierto es que el respaldo al pronunciamiento de la primera instancia, es en sí mismo una recapitulación de cuales fueron aquellos detalles que no se lograron comprobar por parte de la aseguradora para determinar que en efecto no hay certeza – en

los documentos – de que el asegurado se suicidó e inclusive va más allá y define los argumentos del denunciado como presunciones en base a la interpretación que atribuye a los documentos obrantes en el expediente.

Como aspectos procesales, adecuadamente la Sala indica que el hecho de que la aseguradora no haya tenido conocimiento del escrito de absolución del Informe Final de Instrucción presentado por la denunciante no haya sido trasladado no afectaba en nada a la resolución del caso, por cuanto existía una primera aceptación de una valoración indebida sobre el primer seguro y además, se determinó que independientemente de tal pronunciamiento, el resultado hubiese sido el mismo.

Si considero un error en la valoración de la sala al no haber permitido que las partes expongan un informe oral, puesto que a pesar de que con base en los medios probatorios obrantes en el expediente, concluye que el caso puede ser resuelto, lo cierto es que el aporte oralizado de los hechos pudo haber sido importante, sobre todo para conocer de primera mano la postura sobre lo alegado por el denunciado de la denunciante, dado que, no escapa del análisis e hecho de que la denunciante no se pronuncia nunca sobre las justificaciones que plantea el denunciado para no dar la cobertura, algo que considero intencional y parte de su estrategia de defensa. En todo caso, el que se haya confirmado la resolución de primera instancia, amparando la totalidad de argumentos resulta, a mi criterio, correcto.

Sobre la graduación de la sanción, si bien la sala confirma la multa impuesta, considero que subsana el error cometido por la primera instancia al desarrollar la fórmula aplicada al momento de graduar la sanción, especificando cada uno de los factores que concluyeron con las multas impuestas.

En síntesis:

- A. Considero que el escrito de denuncia contiene defectos en cuanto el planteamiento de la pretensión y la redacción de los hechos que deberían ser analizados.
- B. Dado cuenta la clara prescripción de los hechos referidos a las solicitudes de información efectuadas tanto a la aseguradora como al Banco, bien pudo la Secretaría Técnica requerir en su oportunidad y apercibir con la inadmisibilidad de

dichos extremos, a efectos de que señale claramente la fecha de ocurrencia de los hechos, pudiendo evitar pronunciamientos innecesarios, en virtud del principio de economía procesal.

- C. Dado el plazo de tramitación del expediente, se vio imposibilitada la transmisión oportuna del escrito de descargos de la denunciante, lo cual podría haber salvaguardado en mayor medida los intereses de la aseguradora, lo cual fue efectivamente cuestionado en su escrito de apelación.
- D. En general, el escrito de apelación presentado por la aseguradora, no contiene hechos relevantes o que permitan la resolución del procedimiento a su favor, dado que se centró en plantear cuestiones procesales y no sobre el fondo, lo cual no contribuyó a un análisis adecuado del caso.
- E. Durante el trámite de la segunda instancia, la aseguradora se enfocó en demostrar que la muerte del titular de la póliza fue por la ingesta de veneno, cuando en la realidad, debió enfocarse en acreditar que dicha ingesta fue voluntaria, lo cual contribuyó a un resultado en contra.
- F. La resolución de primera instancia, contiene un error en la motivación sobre el cálculo de la multa, que fue corregida por la Sala de manera adecuada.

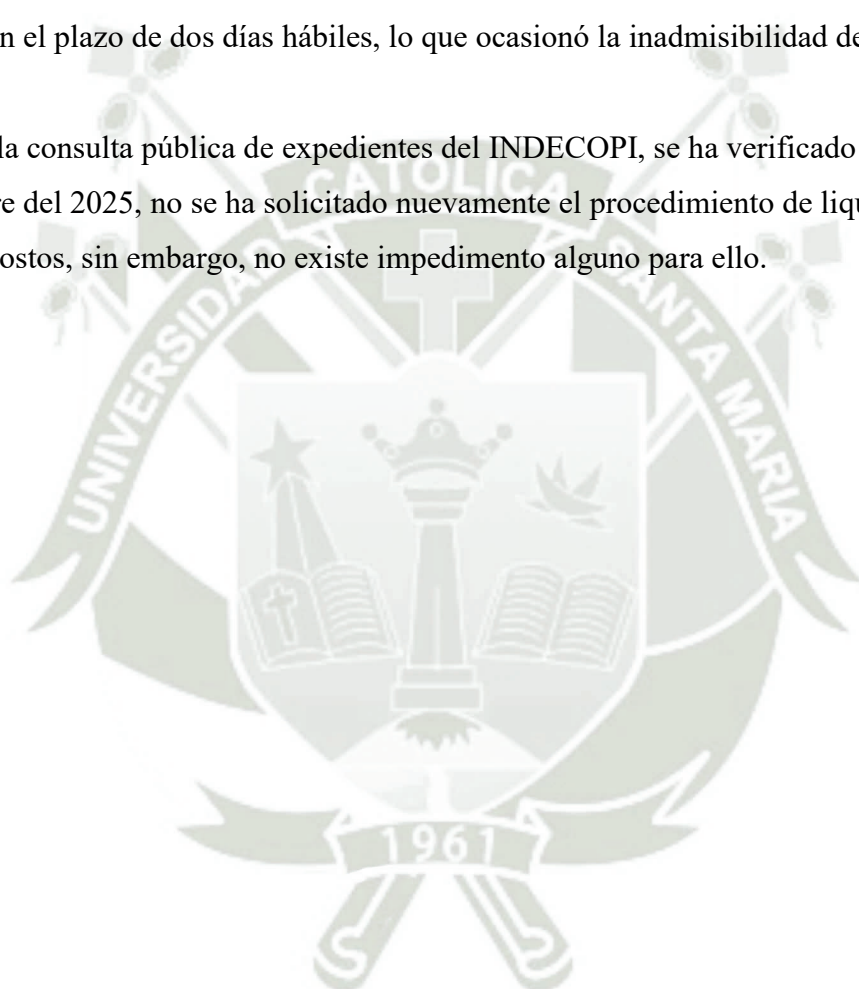


CAPÍTULO V: CUESTION FINAL: SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE COSTAS Y COSTOS

Finalmente, a pesar de haber obtenido un pronunciamiento a su favor, la denunciante no tramitó de manera adecuada su procedimiento de liquidación de costas y costos.

Al respecto, si bien presentó el correspondiente escrito y anexó los documentos requeridos para ello, cometió un error al no adjuntar la tasa por S/36.00 soles de manera adecuada (no presentó el boucher completo), y a pesar de que el Órgano Resolutivo de Procedimientos Sumarísimos requirió la subsanación del defecto, la denunciante no cumplió con ello en el plazo de dos días hábiles, lo que ocasionó la inadmisibilidad de la denuncia.

De la consulta pública de expedientes del INDECOPI, se ha verificado que al 11 de septiembre del 2025, no se ha solicitado nuevamente el procedimiento de liquidación de costas y costos, sin embargo, no existe impedimento alguno para ello.





CONCLUSIONES

1. El procedimiento de protección al consumidor, como se ha demostrado en el presente caso, resulta de gran utilidad a efectos de corregir acciones de los prestadores de productos o servicios que resulten indebidas, ya sea por falta de conocimiento especializado por los consumidores o un ejercicio indebido de las potestades de los proveedores. En el presente caso, inclusive de no haberse aceptado la cobertura del crédito de consumo personal con garantía hipotecaria, la inminencia de la revisión de los términos del contrato permitió que se revise nuevamente la cobertura rechazada del crédito hipotecario y se otorgue a la denunciante.
2. La carga probatoria en los procedimientos de protección al consumidor seguidos ante el INDECOPI resulta de vital importancia, como en otro tipo de procesos y procedimientos análogos, no permitiendo interpretación alguna sobre los términos pactados, como fue pretendido por la aseguradora al momento de rechazar la cobertura de una de las pólizas.
3. Aún existen defectos en la regulación sobre seguros que en la mayoría de los casos, solo son advertidos a con la casuística analizada, así en el presente caso, se ha detectado que no solo no se ha definido adecuadamente el supuesto de suicidio que recoge expresamente la norma, sino que además, esta falta de regulación incide directamente en las libertades que ostentan las partes del procedimiento de interpretar los hechos como más les sea conveniente.
4. Más allá del análisis del fondo de la cuestión controvertida, las cuestiones procesales de un procedimiento de protección al consumidor ante el INDECOPI ostenta particularidades que pueden ser equiparables a cualquier proceso de naturaleza judicial, lo que en casos de esta índole incluso resulta beneficioso para los usuarios, en razón de que a pesar de estar cargados con un gran contenido procesal, los casos son resueltos con una perceptible mayor rapidez, en el presente caso, la denuncia se interpuso el 3 de junio del 2022 y obtuvo un pronunciamiento final de segunda instancia que cierra la etapa administrativa el 7 de febrero del 2024, esto es en 1 año 8 mese y 4 días, lo que, tomando en cuenta el monto discutido, (i) S/257 762.05 soles y (ii) S/360 264.85 soles, resulta mucho más célere que la mayoría de casos judiciales.



RECOMENDACIONES Y OPINIÓN

Como recomendaciones sobre el expediente, considero que en casos como el analizado es de vital importancia y antes de iniciar este tipo de procedimientos, la comprensión de la finalidad del procedimiento que es en realidad, reducir la brecha entre las cuestiones sobre las cuales el consumidor, como uno no especializado, pueda verse afectado ante el actuar de un proveedor especialista en su campo.

De otro lado, en procedimientos administrativos, con gran contenido del principio de simplicidad, no amerita realizar un desarrollo tan intrincado sobre temas jurídicos, lo cual es incluso propuesto por la propia Directiva Única al señalar claramente las partes de la denuncia y la sintetización de los argumentos jurídicos y facticos que respaldan la denuncia. Por ello, un escrito que no sea sucinto, complica la resolución del expediente y no contribuye a un resultado favorable.

En ese sentido, recomiendo que la denuncia sea concisa, que se describan claramente las medidas correctivas pretendidas – con base en los artículos 114° y 115° del Código – diferenciándolas del pedido de costas y costos, y siempre, al ser notificado con la resolución de admisión a trámite, se haga una revisión exhaustiva de la misma, a efectos de evitar defectos en el trámite.

Por su parte, sobre los denunciados, considero que si bien resulta ser en muchos casos una estrategia legal el presentar descargos cargados de contenido jurídico, lo cierto es que al momento de resolverse el caso, ello resulta simplemente un distractor y en la mayoría de casos, no logra que se emita un pronunciamiento a favor del denunciado, por cuanto los casos son finalmente resueltos por especialistas en el tema con conocimiento jurídico, lo que supone que se descifren los intrincados alegatos formulados, mientras que siempre esta presente la posibilidad de que se requiera la aclaración de algún punto ambiguo. Por su lado, los descargos deberían siempre centrarse en el hecho denunciado, y explicar los motivos del actuar del administrado, por tanto, introducir elementos ajenos al fondo del asunto, como en el presente caso, puede no ser adecuado.

Finalmente, considero importante considerar el uso de estrategias procesales tendientes a conservar los beneficios del procedimiento administrativo, siendo que en el presente caso, la aseguradora, al darse cuenta de que cometió un error en el rechazo de una de las coberturas, bien pudo haber planteado un allanamiento sobre dicho extremo y evitarse la multa menor que

se le impuso y obtener solo una amonestación, sin embargo, dada la declaración de rebeldía y un inexistente cuestionamiento a ello, impidió un resultado que considero desastroso.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernardis, L. M. (1985). *La garantía Procesal del Debido Proceso*. Lima: Cusco SA Editores.
- Camacho, G. (2003). *Código Civil Comentado por los 100 mejores Especialistas - Contratos General*.
- Carrion, J. D. (2007). *Tratado de Derecho del Consumidor en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad San Martín de Porres.
- Código Civil del Perú Actualizado*. (1984).
- Constitución Política del Perú*. (1993). Perú.
- Decreto Legislativo 807 . (1996). *Ley sobre Facultades, Organización y Funciones*.
- Durand Carrión, J. B. (2010). Determinacion del Derecho del Consumidor como Disciplina Juridica Autonoma. *Derecho y Sociedad - Asociacion Civil*, 69.
- INDECOPI. (enero de 2022). *Consultas Públicas de Expedientes - INDECOPI*. Consulta de Expedientes:
<https://servicio.indecopi.gob.pe/portalSAE/Expedientes/consultaSumario.jsp?pIdAreaMenu=119>
- Intellectual, I. N. (Actualizado al 2025). *Código de Protección y Defensa del Consumidor - Ley N° 29571*.
- Ley del Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444*. (2019).
<https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0005/13-texto-unico-ordenado-de-la-ley-27444-ley-de-procedimiento-administrativo-general-1.pdf>
- Ministros, C. d. (2008). *Decreto Legislativo que aprueba la ley de organización y funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI - Decreto Legislativo 1033*.
- Ministros, P. d. (2021). *Decreto Supremo 032-2021 " Decreto que apruba la graduacion, metodología y factores para la determinacion de la smitlas que impongan los órganos resolutivos del INDECOPI"*.
- Napurí., C. G. (s.f.). <https://blogposgrado.ucontinental.edu.pe/que-es-la-proteccion-y-defensa-al-consumidor>
- Oneto, V. S. (2012). *La prescripcion de las infracciones y clasificacion en la Ley del Porceidmiento Administrativo General*. *Revista Derecho & Sociedad* N° 37.

Parada, R. (2010). *Derecho administrativo TOMO I Parte General*. Buenos Aires: Marcial Pons.

Tribunal de Protección al, C. (2015). *Directiva N° 001-2015/TRI-INDECOPI*.

TUO Código Procesal Civil. (1993).

TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General (Vols. DS N° 006-2017-JUS).

(2020). Perú: Decreto Supremo que Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley 27444.

Zarza, A. G. (1998). *Las costas en el proceso Civil*. Madrid: Colex.

