



CUADERNOS DE LA CÁTEDRA

Derechos y obligaciones del empresario en el contrato de seguro

Fernando Peña López (coord.)

Natalia Álvarez Lata

José Manuel Busto Lago



FUNDACIÓN
INADE
UDC

CÁTEDRA

LA GESTIÓN DEL RIESGO
Y EL SEGURO



EDITORIAL FUNDACIÓN INADE

Índice

Presentación	9
Prólogo	11
Introducción	13
Abreviaturas	17
1.ª parte. Introducción básica a los contratos de seguro	19
I. ¿Qué es y cómo funciona un seguro?	21
1 El problema del riesgo	21
2 Los riesgos de las actividades empresariales	22
3 Las entidades aseguradoras como elementos indispensables para mutualizar los riesgos	24
4 La normativa fundamental que regula el mercado asegurador	25
5 La prohibición de que el empresario se enriquezca con el seguro	26
6 La subrogación del asegurador en los derechos de asegurado	27
II. Algunos conceptos básicos del lenguaje asegurador	29
1 El riesgo asegurado	29
2 El interés asegurado	31
3 El daño al interés asegurado: el siniestro	32
III. Las personas que intervienen en un contrato de seguro	33
1 Las partes del contrato de seguro	33
2 Otras figuras relevantes en el contrato de seguro	37
3 Los intermediarios en el contrato de seguro.	41

IV. ¿Qué tipos de seguros existen?	46
1 Los seguros simples y los seguros multirriesgo	47
2 Los seguros voluntarios y los seguros obligatorios	47
3 Los seguros de daños: ¿Cómo funcionan?	49
4 Los seguros de personas: ¿Cómo funcionan?	53

2.ª parte. ¿Qué debo tener en cuenta antes de contratar un seguro? 57

V. Los derechos y obligaciones del empresario antes de contratar el seguro.	59
1 La importancia de la fase anterior a la celebración del contrato	59
2 El derecho a recibir del mediador información sobre el contrato	61
3 El derecho a recibir información del asegurador	62
4 El deber del empresario de declarar las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo asegurado: el valor del cuestionario remitido por el asegurador	64

3.ª parte. ¿Cuándo empiezo a estar cubierto por el seguro y con qué extensión? 67

VI. ¿En qué momento se entiende que he contratado un seguro?	69
1 La publicidad y las ofertas de las compañías aseguradoras: la proposición de contrato	69
2 La contratación en línea (<i>on-line</i>) de los seguros	71
3 El documento de cobertura provisional	73
4 ¿Existe seguro antes de firmar la póliza?	74
5 Pólizas nominativas, a la orden y al portador	75
6 Pólizas individuales y flotantes: el certificado de seguros	76

VII. ¿Cómo puedo saber si un siniestro está cubierto o no por un seguro?	77
1 La producción del siniestro y las cláusulas de cobertura	77
2 La obligación de hablar claro del asegurador: cláusulas claras, sencillas y transparentes	79
3 ¿Qué es una franquicia y un sublímite?	80
4 No todo vale a la hora de delimitar la cobertura: cláusulas delimitadoras, cláusulas limitativas y cláusulas lesivas	82
5 El tiempo durante el que está vigente el seguro	85

4.^a parte. ¿Qué derechos y obligaciones tengo después de contratar el seguro?87

VI. El derecho a percibir la indemnización —o la prestación convenida— en caso de siniestro89

- 1 ¿Cuándo surge mi derecho a percibir la indemnización? (triple requisito: siniestro cubierto por un seguro válido y eficaz, vigencia de la póliza y ausencia de causación dolosa del siniestro)89
- 2 ¿Qué indemnización recibiré en los seguros de daños? (regla general y análisis de lo que sucede en las diversas situaciones: seguro pleno, sobreseguro, infraseguro, seguro múltiple o acumulativo y coaseguro)92
- 3 La prestación a cargo de la aseguradora en los seguros de decesos, dependencia y asistencia sanitaria95
4. ¿Qué indemnización se pagará y quién recibirá la indemnización en el seguro de personas? (referencia al derecho a designar y modificar quién es el beneficiario y al hecho de que el importe del seguro no puede ser reclamado al beneficiario por los herederos)96
- 5 ¿Qué derechos tengo en caso de que el asegurador se retrase en el pago de la indemnización?112

VII. El deber de pagar la prima118

- 1 ¿Cuándo debo pagar la prima?118
- 2 ¿Qué pasa si no pago la primera prima o la prima única?120
- 3 ¿Qué sucede si no pago alguna de las primas siguientes?120
- 4 Peculiaridades del impago de la prima en los seguros de vida (también con referencia al problema de los seguros de vida en el concurso del empresario) . . .123

VIII. ¿Qué otros deberes me corresponden como tomador de un seguro de daños? . .127

- 1 El deber de declarar las circunstancias sobrevenidas que afectan a la valoración del riesgo asegurado: el cambio en las respuestas al cuestionario del asegurador127
- 2 Otros deberes de información al asegurador: la contratación de otros seguros, la constitución de derechos de garantía, la transmisión o traslado del objeto asegurado y la comunicación de la apertura de la liquidación en el concurso.133
- 3 El deber de comunicar la existencia del seguro a la víctima del daño en el seguro de responsabilidad civil137

IX. ¿Qué otros derechos me corresponden como tomador o asegurado en un seguro de vida?138

- 1 El derecho a rehabilitar la póliza después de haber dejado de pagar la prima en el seguro de vida138
- 2 El derecho a terminar anticipadamente el contrato de seguro de vida para cobrar el valor de rescate de la póliza.139

3	El derecho a la reducción del seguro de vida	139
4	El derecho a cobrar anticipos en el seguro de vida	140
5	El derecho de usar la póliza como garantía de pago en operaciones económicas .	140

5.^a parte. ¿Cómo debo actuar cuando acontece un siniestro? . 141

X. La gestión del siniestro. 143

1	Algunas buenas prácticas de la organización empresarial que facilitan la gestión de siniestros	143
2	Primer paso: la comprobación preliminar del siniestro	144
3	El deber de comunicar el siniestro y el deber de informar sobre sus circunstancias y consecuencias. ¿Qué sucede si cumplo con estos deberes de modo defectuoso?	147
4	La obligación de aminorar las consecuencias del siniestro en la medida de lo posible: el deber de salvamento.	149
5	El deber de permitir al asegurador realizar las averiguaciones y peritaciones necesarias para valorar el siniestro y sus consecuencias: el rechazo o la aceptación del siniestro por parte del asegurador	150
6	El rehúse del siniestro	152
7	El mutuo acuerdo de empresario y asegurador sobre el importe y la forma de la indemnización.	153
8	Procedimiento previsto a falta de acuerdo sobre la indemnización: la resolución del siniestro a través de la designación de peritos	153
9	El derecho a cobrar anticipadamente un “importe mínimo” de la indemnización durante la tramitación del siniestro	155
10	El proceso de gestión de siniestros como un proceso continuo y sostenido dentro de la empresa	156

6.^a parte. Índice analítico 159

Presentación

Fundación Inade, Instituto Atlántico del Seguro promueve y financia desde 2009 actividades no lucrativas de interés para el fomento de la economía de Galicia a través de cuatro áreas: Información, Formación, Documental y de Acción Social. En este marco, se promueven y desarrollan actividades de investigación en los campos de la Gerencia de Riesgos y el Seguro. Su ámbito de actuación se desarrolla principalmente en Galicia.

La Fundación promueve ayudas a la investigación en las áreas científicas del Riesgo y el Seguro, y mantiene un centro de documentación especializado en Seguros y Gerencia de Riesgos que da soporte a sus actividades.

En el año 2014, se constituyó en su seno un Consejo Asesor bajo la denominación de “Círculo de Confianza”, del que forman parte prestigiosas empresas nacionales e internacionales que apoyan económicamente las actividades de interés general. En su reunión del día 27 de marzo solicitaron al Patronato el desarrollo de un programa denominado «Plan Ges-Galicia (Generando Empresas + Seguras)», programa que el Patronato de la Fundación lo aprobó el dos de junio de ese mismo año. El «Plan GES-Galicia» tiene como objetivo ayudar al tejido productivo gallego a gestionar adecuadamente sus riesgos, y dar a conocer las soluciones que proporciona la industria aseguradora para minimizar las consecuencias negativas de su manifestación.

En noviembre de 2015 Fundación Inade editó bajo el título *La gestión del riesgo y el seguro en la empresa gallega* el primer estudio de investigación sobre la gestión del riesgo en las empresas de la comunidad autónoma de Galicia. El trabajo fue elaborado por la Universidade de Santiago de Compostela a través del Grupo de Investigación VALFINAP (Valoración Financiera Aplicada [GI-1866]) adscrito al Departamento de Economía Financiera y Contabilidad de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

Como refuerzo a las peticiones que los investigadores formularon en su capítulo de conclusiones, Fundación Inade formalizó un convenio de

colaboración con la Universidade da Coruña a través del cual se creó la «**Cátedra Fundación Inade-UDC: La gestión del riesgo y el seguro**».

Uno de los objetivos de la cátedra es el fomento y la divulgación de la cultura de gestión responsable del riesgo en la sociedad. Para cumplir este objetivo Fundación Inade publica esta obra: *Derechos y obligaciones del empresario en el contrato de seguro*, trabajo coordinado por el director de la cátedra, el profesor Fernando Peña López.

Esta publicación también estará accesible en la web de Fundación Inade <www.fundacioninade.org> y en la de la Cátedra <www.catedrafundacioninade.org>.

Fundación Inade, Instituto Atlántico del Seguro

Prólogo

El mantenimiento de unos niveles adecuados de seguridad en el seno de las empresas constituye una cuestión clave para la evolución del tejido productivo. El seguro, en cuanto mecanismo que permite mutualizar los peligros que amenazan a las empresas, juega un papel fundamental en la consecución de ese nivel de seguridad.

El desarrollo de las actividades empresariales se realiza siempre en un entorno de riesgo, lo que constituye muchas veces un elemento positivo para la empresa y una, fuente de oportunidades que, gestionadas con habilidad, conducen al éxito y al crecimiento. En otras ocasiones, sin embargo, los riesgos se concretan en accidentes y siniestros que pueden incluso poner en peligro la supervivencia de la empresa.

De ahí que la identificación, evaluación y gestión de los riesgos empresariales se presente como una de las tareas que debe llevar a cabo cualquier empresario. En la actualidad, existen instrumentos y técnicas sofisticadas para detectar y gestionar los riesgos típicos de los distintos sectores de actividad, y una Administración Pública comprometida con el desarrollo de sus empresas debe fomentar su difusión y arraigo en el tejido productivo.

Dentro de estos instrumentos para gestionar los riesgos de las empresas, la institución del seguro es una de las más trascendentes. El seguro permite a las empresas mutualizar sus riesgos más importantes, atomizándolos y haciéndolos manejables en la gestión ordinaria, difuminando la amenaza que suponen y posibilitando un desarrollo sin sobresaltos de la compañía. Conocer el contenido del contrato de seguro, las posibilidades que ofrece, comprender el significado de una póliza, estar al tanto de los derechos y obligaciones que como tomadores o asegurados tienen los empresarios, es sinónimo de mejora en el grado de seguridad de las empresas.

El primer número de la *Colección Cuadernos de la Cátedra* que nos presenta la Fundación INADE proporciona una información completa y fácilmente accesible sobre lo que es, cómo funciona y cuáles son los derechos y obligaciones

del empresario dentro del contrato de seguro. Se trata de una obra de divulgación con la que se contribuye al fomento de la cultura del riesgo. El estilo con el que está redactada es el propio de las obras que tratan de acercar el conocimiento de una disciplina como el derecho del seguro a personas sin formación jurídica, pero sin perder el rigor y la seriedad necesarios para proporcionar una información adecuada. Esto nunca es una tarea sencilla y, seguramente por esta razón, el libro está apoyado en esquemas, cuadros y dibujos, con los que se intenta ayudar a una mejor comprensión de su contenido. Todo ello contribuye a que la obra esté destinada a convertirse en una herramienta de consulta útil para el empresario que necesite obtener una información rápida y completa sobre cualquier cuestión que afecte a la contratación o posterior gestión de sus pólizas de seguros.

Estamos ante una obra de divulgación que, además, tiene su origen en una universidad pública gallega: la Universidade da Coruña (UDC). Esta colección de la Cátedra Fundación INADE-UDC constituye, por consiguiente, el fruto de la cooperación universidad-empresa; de la colaboración entre el sector privado asegurador, del que surge la Fundación INADE, y el sector público, representado por la universidad. Es este un tipo de cooperación por el que la Xunta de Galicia apuesta decididamente, con la convicción de que así podemos apoyar el desarrollo de empresas más modernas, eficientes y competitivas, y universidades más conectadas con las necesidades del entorno que las rodea, lo que repercute en la creación de empleo de calidad y en beneficio de toda la sociedad.

En la economía global del conocimiento en la que nos encontramos las compañías están obligadas a apostar por proyectos que promuevan la innovación tanto en sus productos como en sus procesos, y cada vez es más determinante la existencia de empresas con capacidad para analizar, controlar y, en su caso, transferir al sector asegurador los riesgos asociados a esos proyectos de innovación de un modo correcto. Confío en que esta obra sirva para contribuir a ese objetivo.

FRANCISCO CONDE LÓPEZ

Conselleiro de Economía, Emprego e Industria. Xunta de Galicia

Introducción

La Cátedra Fundación INADE-UDC es una cátedra institucional de la *Universidade da Coruña*, que fue creada el 4 de diciembre de 2015, en virtud de un convenio con la Fundación INADE (Instituto Atlántico del Seguro), cuya sede se encuentra en su Facultad de Derecho. Ambos firmantes del convenio trataban de crear un instrumento académico con el que alcanzar una serie de ambiciosos objetivos estratégicos relacionados con el fomento de una cultura de gestión integral y responsable del riesgo en la sociedad. En este sentido, la cátedra se convirtió, en el mismo momento de su creación, en la primera institución académica española de estas características dirigida al diseño y la ejecución de programas sobre gestión de riesgos y seguros.

Los objetivos estratégicos de la cátedra, conformados por la divulgación de la trascendencia de la gestión integral de los riesgos en las empresas, la formación de profesionales, así como la investigación y transferencia de conocimientos en materia de gestión del riesgo y seguros, se han venido persiguiendo en los primeros seis meses de su existencia a través de distintos programas académicos. A día de hoy ya se ha organizado y celebrado un curso de formación sobre responsabilidad civil y seguro, articulado mediante simulaciones de juicios (denominado VEREDICTO EJEMPLAR), se han venido celebrando cada mes encuentros entre expertos y empresarios sobre problemas de actualidad en el mundo de la gestión de riesgos y seguros (los llamados «Diálogos 2020»), y se ha puesto en marcha un curso de iniciación a la gestión de riesgos y seguros (conocido como “Plan Inicia GERENCIARYS”), que comenzará sus clases en el mes de septiembre de 2016. En este mismo mes, se pondrá igualmente en marcha la «Clínica Legal» de la cátedra, en la que está previsto que grupos de estudiantes de cursos avanzados de las titulaciones de Derecho y Economía, dirigidos por profesores y expertos, presten servicios de asesoramiento a corporaciones locales de pequeño tamaño de la Comunidad Autónoma gallega. En el futuro inmediato, está también prevista la creación de un máster en gestión de riesgos y seguros, que pretende ser una referencia dentro de la oferta académica nacional y europea.

El último de los programas diseñados dentro de la cátedra es precisamente aquél del que trae causa este libro. En efecto, el libro que el lector tiene en sus manos es el primero de una colección de *cuadernos* que la Cátedra Fundación INADE-UDC tiene la intención de publicar de manera periódica. Con ellos pretendemos poner a disposición del tejido empresarial una serie de volúmenes por medio de los que pueda tener a mano información actualizada y fácilmente accesible sobre todo lo relacionado con el mundo de la gestión del riesgo y del seguro. A veces, como en el caso de este primer cuaderno, el contenido será de carácter más divulgativo. En otras ocasiones, se publicarán trabajos de corte más investigador y especializado. De cualquier manera, con los cuadernos se pretende poner al servicio de los expertos, de las empresas y de las entidades aseguradoras y de mediación, una vía de comunicación y de interconexión de la que se puedan aprovechar mutuamente.

Como se puede colegir de su título, el presente libro no pretende ser, ni más ni menos, que una exposición completa y rigurosa, pero accesible a personas sin formación jurídica especializada, de la regulación del contrato de seguro contemplada desde la perspectiva del empresario. Las últimas reformas de la legislación sobre el mercado de seguros: la promulgación de la Ley 20/2015, de 14 de julio, *de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras*; y la modificación importante de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, *de Contrato de Seguro*, creemos que hacían que valiese la pena redactar una obra como la presente.

El trabajo tiene la modesta pretensión de convertirse en un libro de consulta al que cualquier persona procedente del entorno empresarial pueda acudir para conseguir una información inicial, pero rigurosa y completa, sobre sus derechos y obligaciones en el marco de las pólizas que tenga concertadas. A mayores, también hemos querido que el libro pueda leerse como una iniciación al mundo de la transferencia del riesgo al mercado asegurador. Cualquier persona interesada en adquirir una formación básica y comprensiva sobre cómo funciona un seguro puede leerlo, como un pequeño manual, de principio a fin. Los contenidos de la obra están organizados de tal modo —de lo más sencillo a lo más complejo— que el que lo haga pueda adquirir un conocimiento cabal sobre la materia. Al menos esa ha sido la intención de los que lo hemos escrito.

Quisiera, por último, aprovechar la oportunidad que me ofrece esta breve introducción para agradecer a la Fundación INADE (especialmente a su presidente, D. Antonio Cobián, a su director, D. Adolfo Campos, y a su director del proyecto, Modesto González), a su patronato y a su círculo de confianza, todo el empuje y el apoyo recibidos. La universidad tiene suerte de haber encontrado un socio tan convencido de las posibilidades de la colaboración

universidad-empresa y con una capacidad de organización y trabajo tan excelente. Los resultados ya han empezado a producirse, pero estoy seguro de que lo mejor está todavía por llegar.

En este mismo apartado de agradecimientos, también tengo que manifestar, una vez más, mi gratitud hacia mis colegas, pero sobre todo amigos, los profesores Natalia Álvarez Lata y José Manuel Busto Lago. La primera se ha encargado de redactar las partes 2.^a y 3.^a del libro, mientras que José Manuel ha elaborado la 4.^a (yo mismo me he ocupado de la 1.^a y de la 6.^a). Trabajar con ellos siempre es un placer del que espero seguir disfrutando todavía muchos años. En cuanto al resultado no me corresponde a mí, sino al lector, concederle su aprobación.

A Coruña, 5 de julio de 2016

FERNANDO PEÑA LÓPEZ

Director de la Cátedra Fundación INADE-UDC. La gestión del riesgo y el seguro.

Abreviaturas

AP: Audiencia Provincial

BOE: Boletín Oficial del Estado

CC: Código Civil

CCom: Código de Comercio

CCS: Consorcio de Compensación de Seguros.

DGSFP: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

D&O: *Directors and Officers*

LC: Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal

LCS: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro

LDCG: Ley 2/2006, de 14 de junio, de Derecho Civil de Galicia

LECiv: Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil

LMSRP: Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados

LO: Ley Orgánica

LOSSEAR: Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras

RD: Real Decreto

SOV: Seguro Obligatorio de Viajeros

STS: Sentencia del Tribunal Supremo

1.^a parte

Introducción básica a los contratos de seguro

Fernando Peña López

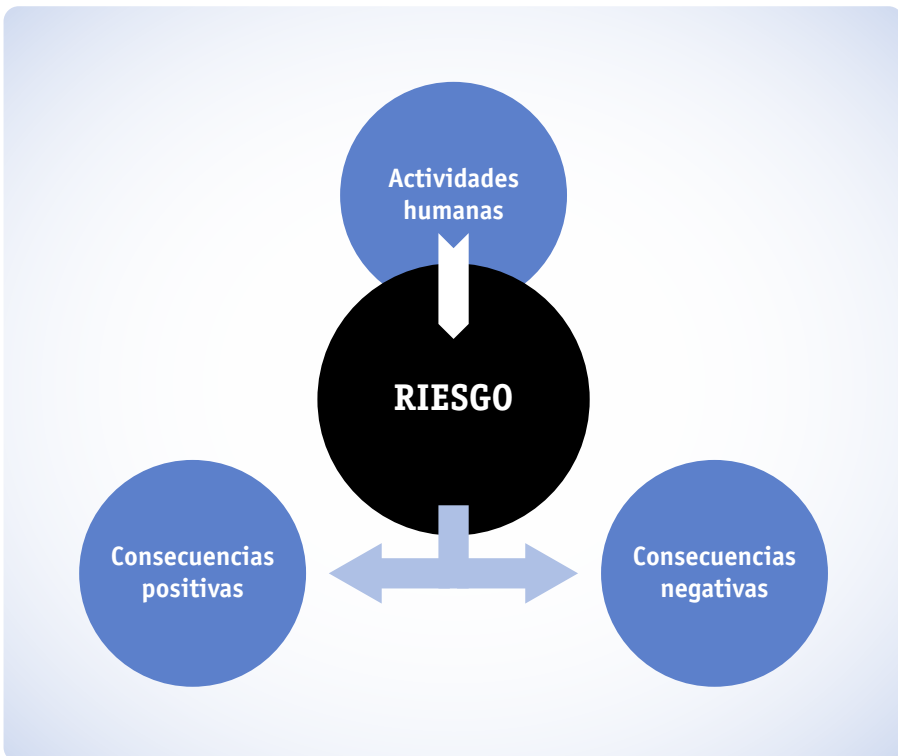
Director de la Cátedra Fundación INADE-UDC. La gestión del riesgo y el seguro
Profesor titular de Derecho Civil de la *Universidade da Coruña*

I. ¿QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA UN SEGURO?

1 El problema del riesgo

El riesgo, entendido en el sentido de incertidumbre acerca de los resultados de un determinado acontecer, constituye un factor omnipresente en la vida de los seres humanos. La Economía y el Derecho, en cuanto disciplinas relativas a la conducta de las personas y los grupos en que estas se integran, siempre le han dedicado una atención fundamental a la presencia del riesgo.

Es habitual definir al riesgo como la probabilidad de que suceda un hecho. La incertidumbre que caracteriza al riesgo puede estar referida tanto a que se produzca un suceso negativo como positivo. El que compra un billete de lotería o el que invierte en una determinada cartera de valores arriesga su dinero para conseguir un resultado económico positivo. Sin embargo, en el mundo de los seguros el concepto de riesgo se contempla desde la perspectiva del eventual efecto negativo en el que puede concretarse la incertidumbre.

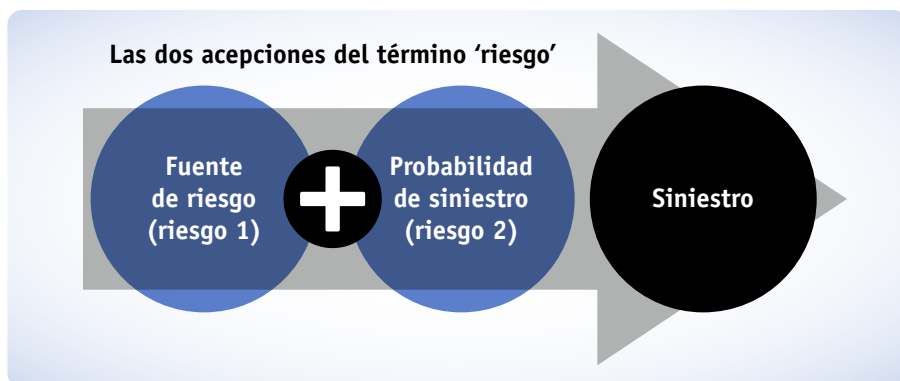


Así pues, en este libro partiremos de la noción de riesgo en el sentido de probabilidad de que se produzca un suceso con efectos negativos. A ese suceso con efectos negativos veremos que se le denomina «siniestro».

Además del que acabamos de dibujar, el término riesgo tiene otros significados que también se emplean en el mundo de los seguros y que es necesario distinguir. En efecto, a las causas naturales, hechos o conductas que originan la probabilidad de que se produzcan esos efectos económicos negativos se las conoce como «fuentes de riesgo», pero también como «riesgos» sin más.

Así pues, riesgo es tanto la probabilidad del siniestro, como la fuente o causa en la que el siniestro tiene su origen. En el mundo del seguro se emplean ambas acepciones de la palabra riesgo, aunque sin duda la más trascendente es la segunda: el riesgo entendido en el sentido de fuente de riesgo, origen de los efectos negativos a los que pretende hacerse frente con el seguro.

Obviamente, que adoptemos esta visión negativa del riesgo es una simple consecuencia de la función y el objetivo del seguro. El hecho de que las actividades humanas están sometidas al riesgo, como se ha dicho ya, es una fuente tanto de grandes o pequeñas ventajas y ganancias como de distintos grados de peligro. Corresponde al que está sometido a los riesgos tomar las decisiones oportunas para enfrentarse del mejor modo posible a los mismos.



2 Los riesgos de las actividades empresariales

Las actividades empresariales, como actividades humanas complejas que son, están sometidas a una amplia variedad de riesgos. Estos riesgos a veces inciden sobre la actuación de la empresa en sí misma considerada y otras sobre su

personal o su patrimonio. Muchos de estos riesgos pueden constituir interesantes oportunidades de negocio susceptibles de redundar en beneficios para la empresa. Otras veces, sin embargo, los riesgos pueden provocar serios problemas económicos a la misma poniendo incluso en peligro su propia subsistencia.

En el momento actual existen técnicas sofisticadas de gestión de los riesgos empresariales, que conforman la disciplina de la «gestión o gerencia de riesgos». Todas estas técnicas tienen como función la de dirigir y controlar el problema del riesgo en la empresa. El proceso de gestión del riesgo incorpora al núcleo de problemas fundamentales que deben ser abordados con rigor por una empresa, el de la definición de su estrategia en relación con los riesgos que la afectan. Al mismo tiempo, proporciona instrumentos para hacer realidad esa estrategia en el marco de la actividad cotidiana de la empresa. Así, a través del proceso de gestión de riesgos, se procede a:

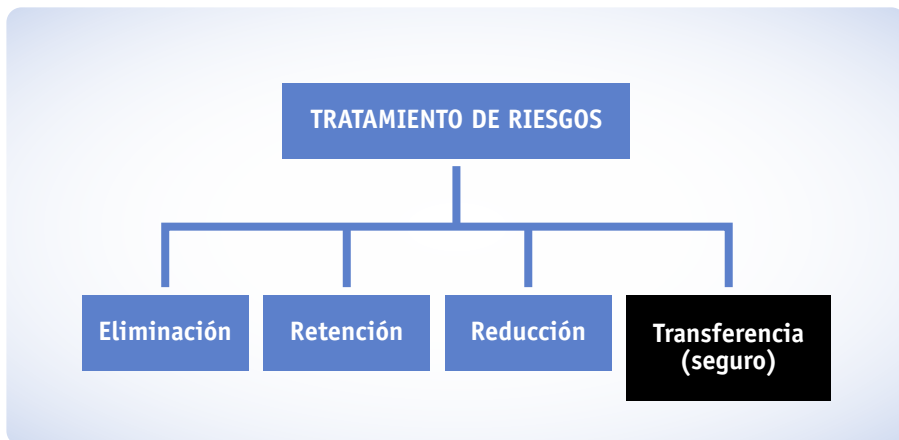
- Identificar y describir correctamente los riesgos que afectan a las empresas.
- Cuantificar su intensidad y su posible impacto.
- Tomar las decisiones oportunas para su tratamiento y control.

La confrontación de los riesgos empresariales conforme a los parámetros de la moderna técnica de la gestión de riesgos constituye hoy en día un mecanismo indispensable para un desarrollo más estable y equilibrado de la actividad empresarial. Numerosos estudios empíricos demuestran que la gestión de riesgos es un mecanismo que permite mejorar los resultados económicos de las empresas.

Dentro de las decisiones trascendentales que deben adoptarse en el marco del proceso de gestión de riesgos, posee una especial relevancia la decisión final sobre qué hacer con un riesgo existente que ha sido debidamente cuantificado y evaluado. Las posibilidades son varias:

- Desechar la actividad que lo genera (eliminación del riesgo).
- Asumir el riesgo tal y como se presenta (retención del riesgo).
- Reducirlo o minimizarlo mediante mecanismos de control interno (reducción del riesgo).
- Hacer que otra persona haga frente a las consecuencias negativas de ese riesgo en caso de concretarse en un siniestro (transferencia del riesgo).

A este libro le interesa sólo esta última de las opciones posibles, dado que es el seguro el mecanismo esencial que permite a los empresarios efectuar esa “transferencia” del riesgo que determina que sea un tercero —el asegurador— quien se haga cargo de enfrentarse a los eventuales siniestros generados por el mismo.



3 Las entidades aseguradoras como elementos indispensables para mutualizar los riesgos

El seguro es una institución íntimamente ligada a la presencia del riesgo, entendido en el sentido de probabilidad de que se produzca un efecto económico negativo. Mediante el mecanismo del seguro se posibilita que una persona sometida a un determinado riesgo pueda librarse del problema de tener que hacer frente a sus consecuencias negativas (los «siniestros»), transfiriendo dicho problema a un tipo especial de empresario: el asegurador.

Para ello, esa persona debe concertar un contrato —el contrato de seguro— en virtud del cual el asegurador, a cambio de una cantidad de dinero —la prima— y con relación a los riesgos definidos en el propio contrato, asume la obligación de reparar los daños generados por los siniestros que esos riesgos puedan producir durante su vigencia.

El hecho de que a través del seguro se logre que otra persona distinta de la que sufre el siniestro se haga cargo de sus consecuencias provoca que se caracterice al seguro como un mecanismo de «transferencia» de riesgos: se transfiere el riesgo al asegurador y por esta razón tiene que hacer frente al siniestro. Sin embargo, este razonamiento es superficial y desconoce la verdadera naturaleza del seguro. En realidad, el seguro no transfiere el riesgo al asegurador:

- El riesgo sigue incidiendo y siendo soportado por el asegurado. Lo que hace el seguro es, simplemente, generar un deber a cargo del asegurador de dar cobertura económica a las consecuencias negativas del mismo.

- El seguro constituye un mecanismo, no para transferir, sino para mutualizar riesgos dentro del grupo de personas sobre el que inciden. La idea que está detrás del seguro es la de atomizar el riesgo repartiendo la obligación de enfrentarse a los siniestros entre todos los afectados.

En efecto, la actividad aseguradora, en cualquiera de sus modalidades, supone siempre la presencia de una colectividad de personas (los asegurados) que soportan conjuntamente ciertos riesgos mediante la constitución de un fondo común destinado a hacer frente a sus consecuencias negativas. El asegurador es quien de acuerdo con la ley —y con o sin ánimo de lucro—, se encarga de conformar el fondo común a partir de las primas de los asegurados, garantizando su suficiencia y disponibilidad para el momento en que se produzcan los siniestros.

Debido a la trascendencia social de su papel, las entidades aseguradoras son siempre empresas extraordinariamente controladas por el Estado y sometidas a una exigente reglamentación técnica y de solvencia. Cada entidad aseguradora debe obtener una autorización específica de la Administración para cada ramo de riesgo (los llamados «ramos de seguros») en el que actúa y debe constituir reservas especiales para cada uno de ellos. Igualmente su nivel de exposición a cada riesgo no puede superar una determinada cantidad, debiendo transferir lo que exceda de la misma mediante la contratación de un reaseguro. En todo caso, se obliga a que las primas que se cobren por las entidades aseguradoras se calculen para que con cargo a ellas sea posible pagar, cuando menos, la probabilidad total de daños existente en relación con el riesgo de que se trate.

Sin las entidades aseguradoras sería imposible en un mundo como el actual mutualizar los riesgos con las debidas garantías. De ahí que el mecanismo del seguro y su regulación normativa estén completamente impregnados con su presencia. El contrato del seguro es siempre un contrato con una entidad aseguradora y tal circunstancia determina su naturaleza y la mayor parte de las normas que lo regulan.

4 La normativa fundamental que regula el mercado asegurador

Se denomina Derecho de seguros al conjunto de normas jurídicas que regulan la actividad aseguradora y el mercado de seguros. Constituye un sector diferenciado dentro del Derecho que regula el sistema financiero (compuesto por el Derecho bancario, el bursátil y el de seguros) dotado de una considerable complejidad. Dentro del derecho de seguros cabe distinguir dos partes:

- 1) Una parte compuesta por normas de carácter público, dictadas en desarrollo de la facultad de Estado de ordenar y supervisar el buen funcionamiento del mercado asegurador. Su objetivo es regular la organización, la supervisión y el control de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como la de los intermediarios del mercado de seguros. Las leyes más importantes que pertenecen a este grupo son:
 - Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR).
 - Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados (LMSRP).
- 2) Otra parte compuesta por normas de carácter privado, cuya finalidad es la de regular las relaciones entre las entidades aseguradoras y sus clientes. Es en esta normativa donde encontraremos la regulación esencial de los derechos y las obligaciones de los empresarios en cuanto que clientes de las entidades aseguradoras. La ley fundamental y más trascendente sobre Derecho privado de seguros es la:
 - La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS).

Las normas contenidas en las leyes a las que se acaba de hacer referencia constituirán, junto con la interpretación de las mismas que han efectuado los juzgados y tribunales que forman el poder judicial (interpretación denominada «jurisprudencia»), la materia básica en la que se apoya el contenido del libro que tiene en sus manos. Antes de empezar con esta exposición de los derechos y deberes del empresario que contrata un seguro, sin embargo, conviene todavía hacer referencia a un par de principios básicos que hay que tener presentes para conocer el verdadero significado y el funcionamiento del mecanismo asegurador.

5 La prohibición de que el empresario se enriquezca con el seguro

El seguro es un instrumento que permite a los empresarios eludir o, por lo menos, atenuar las consecuencias negativas de los riesgos que inciden sobre sus actividades o patrimonios. Esta es su única finalidad: que las personas físicas o jurídicas no tengan que hacer frente por sí solas a los siniestros que les afecten a lo largo de su existencia. El seguro por consiguiente, no es un producto financiero de inversión. En ningún caso está configurado como un medio para enriquecerse, para que el empresario incremente su patrimonio o sus activos como consecuencia de los siniestros.

Su condición de instrumento de prevención y gestión de riesgos —y no de fuente de beneficios empresariales— se garantiza en la LCS mediante una norma que establece taxativamente que: “*El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento injusto para el asegurado*” (artículo 27).

En el Derecho privado español todo enriquecimiento personal debe tener una causa o motivo, plasmado bien en un contrato o bien en la ley. Cualquier enriquecimiento que no esté justificado en un contrato o en la ley es un enriquecimiento “injusto” o “sin causa” y está prohibido. Ni las leyes que regulan el seguro, ni los contratos de seguro permiten que el aseguramiento pueda ser una fuente de riqueza para el empresario que los contrata.

Como consecuencia de este principio, cuando —por el motivo que sea— en un contrato de seguro se prevé una indemnización superior al valor de los bienes y derechos perjudicados por el siniestro, el exceso no será nunca abonado por la entidad aseguradora. El seguro tiene un función exclusivamente indemnizatoria o reparadora de los daños derivados de los riesgos asegurados. Sólo se indemniza cuando hay un siniestro y sólo en la medida en que ese siniestro haya dañado los derechos y bienes del asegurado.

Debe precisarse, en todo caso, que la prohibición de enriquecimiento en virtud del seguro es un principio que juega en los denominados “seguros de daños”. Existe otro tipo de seguros, los conocidos como “seguros de personas” (el seguro de vida, supervivencia, salud, etc.), en los que la finalidad del seguro responde a una lógica distinta. Los seguros de personas son esencialmente instrumentos de previsión social, mecanismos de ahorro y capitalización. Comparten con los seguros de daños la cualidad de ser mecanismos que permiten a las personas afrontar hechos negativos que acontecen en sus vidas y que determinan una necesidad económica. Sin embargo, las prestaciones que reciben los asegurados en los seguros de personas se concretan mediante los métodos de cálculo típicos de los instrumentos de ahorro y previsión, y no en función de la importancia y valor económico del daño sufrido.

6 La subrogación del asegurador en los derechos de asegurado

Otro principio básico en materia de seguros que conviene tener en cuenta desde el principio para comprender la dinámica del aseguramiento, es el de la subrogación del asegurador en los derechos del asegurado. La palabra subrogación en Derecho significa en que una persona pasa a ocupar la misma posición jurídica que tenía antes otra persona. Subrogación del asegurador significa, por lo tanto, que el asegurador se coloca en la misma posición que tenía el asegurado.

¿Cuándo se produce esta subrogación y a qué posición del asegurado se refiere? La subrogación se produce como consecuencia del pago de la indemnización para hacer frente a un siniestro y la posición que pasa a ocupar el asegurador es la que tiene el asegurado frente al tercero responsable del siniestro.

La razón de ser de esta subrogación es fácil de adivinar: toda persona, asegurada o no, que sufre un perjuicio tiene derecho a reclamar una indemnización a quien es responsable del daño de acuerdo con la ley (el denominado: «responsable civil»). Cuando la persona está asegurada no tiene necesidad de ejercitar este derecho puesto que recibe la indemnización del asegurador. Además, si lo ejercitase, se estaría enriqueciendo injustamente al cobrar dos indemnizaciones por el mismo daño. Ahora bien, esto no significa que el responsable civil —que es quien legalmente debe soportar el daño— vaya a salir indemne de la situación a consecuencia de la existencia de un seguro. Precisamente para que tal resultado no se produzca la ley establece la subrogación del asegurador en todos los derechos que el asegurado tenga frente a las personas responsables del siniestro.

La LCS establece este principio en su artículo 43.1: *“El asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización”*

Nuevamente debe hacerse una salvedad respecto de la aplicación de este principio en relación con los seguros de personas. La diversa lógica que preside este tipo de seguros, fundada en la previsión y el ahorro, produce que la subrogación no tenga sentido en los mismos y se encuentre prohibida (art. 82 LCS). En este tipo de seguros, la indemnización no se calcula atendiendo al daño causado por el siniestro, y se permite al asegurado reclamar indemnización del responsable a mayores de lo percibido del asegurador. Sólo a los gastos de asistencia sanitaria, que se indemnizan siguiendo la lógica de los seguros de daños, se permite aplicar la técnica de la subrogación en este ámbito.



II. ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS DEL LENGUAJE ASEGURADOR

El contrato de seguro tiene como función la de establecer la obligación, a cargo del asegurador, de indemnizar los daños que produzca un determinado riesgo a determinados bienes y derechos del asegurado. De esta manera, la existencia de un riesgo asegurado, la determinación de unos intereses protegidos por el seguro y el eventual daño a dichos intereses constituyen elementos estructurales, indispensables en cualquier contrato de seguro.

Conviene precisar el significado técnico de estos elementos estructurales, antes de comenzar con la exposición de los derechos y obligaciones del empresario en el contrato de seguro. Se trata de conceptos básicos del vocabulario asegurador y que aparecen continuamente y que conforman la esencia del Derecho de seguros.

1 El riesgo asegurado

Todo contrato de seguro proporciona cobertura a una determinada fuente de riesgo para el asegurado. A esta fuente de riesgo, o instancia que genera la probabilidad de que se produzca un daño al asegurado, se la denomina “riesgo” o “riesgo asegurado”.

En todo contrato de seguro tiene que existir un riesgo asegurado. Si en el momento de contratar un seguro no existe el riesgo asegurado, el contrato de seguro es inválido (art. 4 LCS). En el contrato deben estar definidas las fuentes de riesgo —los riesgos— que se aseguran. La definición de estos riesgos constituye la llamada «cobertura» del seguro y a los riesgos se les denomina «riesgos cubiertos» por el seguro. En principio, todo riesgo es asegurable con las siguientes excepciones:

- Sólo se pueden contratar seguros que cubran riesgos lícitos. Así pues, todo riesgo cuya cobertura sea contraria a la ley, la moral o las buenas costumbres no es asegurable.
- En principio tampoco son asegurables (aunque es posible pactar su aseguramiento haciéndolo constar expresamente en la póliza), los daños por hechos derivados de conflicto armado, precedido o no de declaración de guerra, así como los llamados «riesgos extraordinarios». Son riesgos extraordinarios los definidos en el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

En su artículo 1.º este Real Decreto dispone que se entenderá que son riesgos extraordinarios:

- » Los siguientes fenómenos de la naturaleza: los terremotos y maremotos, las inundaciones extraordinarias, las erupciones volcánicas, la tempestad ciclónica atípica y las caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- » Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- » Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Estos riesgos están excluidos, con carácter general, del seguro por disposición del art. 44 LCS. En caso de que un empresario sufra daños como consecuencia de estos riesgos, será el Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) el que se haga cargo de la indemnización. De cualquier forma, se trata de una regla general. Existen supuestos concretos en los que está excluida la cobertura de algunos riesgos extraordinarios por el CCS.

La definición de la cobertura del seguro se realiza mediante una serie de cláusulas o estipulaciones del contrato que definen positiva y negativamente los riesgos cubiertos. A estas últimas se las llama «exclusiones» y sirven para precisar, en sentido negativo, el alcance de la cobertura respecto de los riesgos declarados cubiertos.

La LCS exige la máxima claridad y precisión en la definición del riesgo cubierto por el seguro, al establecer que la póliza se referirá necesariamente a la: *“naturaleza del riesgo cubierto, describiendo de forma clara y comprensible, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente”*.

Debe tenerse en cuenta que cualquier oscuridad o falta de precisión en la definición del riesgo asegurado jugará siempre en perjuicio del asegurador. En el Derecho español se aplica a estos casos el principio *contra proferentem* que significa que toda expresión, frase o regla que admita varios sentidos o que no se entienda bien deberá interpretarse en el sentido que sea más favorable a los intereses del cliente. Más adelante en el apartado VI.5 describiremos los distintos tipos de cláusulas de delimitación del riesgo cubierto y las reglas que les afectan.

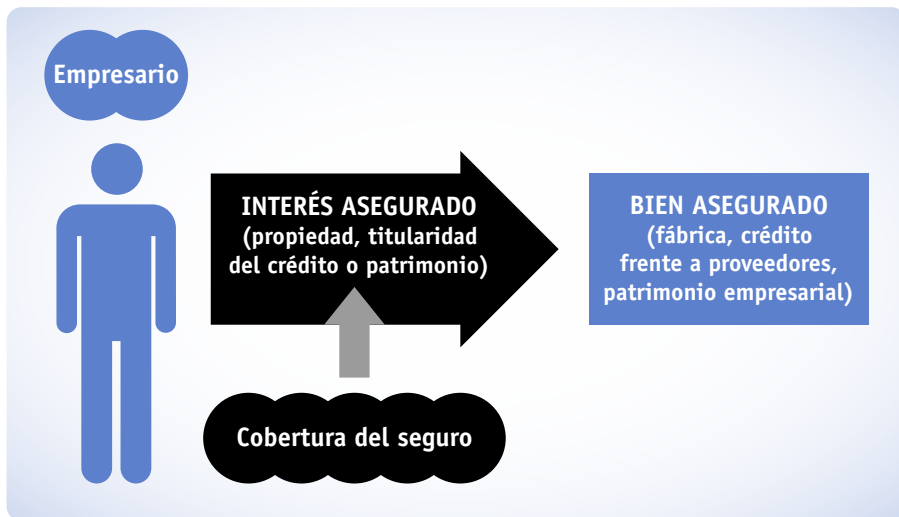
Los seguros en los que una persona se asegura frente a una multiplicidad de riesgos típicos que amenazan alguno de sus bienes o actividades se denominan «seguros multirriesgo». En el caso de los empresarios, existen en el mercado los denominados «seguros de explotación» o «seguros empresariales multirriesgo»

en los que, mediante un único contrato de seguro, se ofrecen coberturas frente a muchos de los riesgos que típicamente afectan a las empresas.

2 El interés asegurado

Todo seguro se refiere a un bien —material o inmaterial, como la vida o la integridad física—, un derecho—el coche, la furgoneta, el establecimiento mercantil, la fábrica— o un patrimonio —el de la empresa, el personal del asegurado— sobre el que recae la probabilidad de sufrir un daño (el riesgo). Para hacer referencia a este bien, derecho o patrimonio en la LCS se habla en muchos preceptos del «objeto asegurado» o del «bien asegurado» (v. gr. arts. 2.4 o 34 LCS). Los bienes que se protegen frente al incendio, los derechos de crédito o el patrimonio que se desea proteger frente a eventuales responsabilidades civiles son los «bienes asegurados» del seguro de incendios, de caución o de responsabilidad civil.

Sin embargo, en el contrato de seguro no se asegura un bien o un objeto. Lo cubierto por el seguro no es ni la casa que se puede incendiar, ni el crédito susceptible de ser impagado ni tampoco el patrimonio que puede verse gravemente afectado por el pago de indemnizaciones derivadas de responsabilidades civiles.



Lo que se asegura en cualquier contrato de seguro no es el objeto en sí, sino la relación económica que existe entre ese objeto y una persona física —un empresario individual— o jurídica —una sociedad mercantil—. Lo asegurado

es, en realidad, la propiedad que tiene el empresario sobre el establecimiento susceptible de incendiarse, la condición de acreedor que tiene sobre el crédito objeto del seguro de caución y la titularidad sobre el patrimonio empresarial que puede verse afectado por la responsabilidad civil patronal. Sin la propiedad sobre el establecimiento o la condición de acreedor o la titularidad del patrimonio el seguro no tendría sentido. Nadie asegura objetos o bienes en el vacío, sin relación económica con una persona. A esta relación económica entre el asegurado y el bien asegurado se le llama **interés asegurado**.

El interés asegurado es imprescindible en cualquier contrato de seguro. Por esta razón:

- En caso de que no exista el interés asegurado al concertarse el seguro, el contrato será nulo (así lo establece el artículo 25 LCS para el seguro de daños).
- Del mismo modo, el seguro se extinguirá —desaparecerá— en el momento en que desaparezca el interés, aunque el bien asegurado perviva: si finaliza el contrato de alquiler de la vivienda se extingue el seguro de hogar que, como inquilino, he concertado sobre esa vivienda.
- El valor máximo por el que se puede asegurar un bien no es el valor de dicho bien, sino el valor económico del interés asegurado. Más allá del valor económico del interés asegurado no es posible recibir indemnización, por más que el valor del bien en si pueda ser mucho más alto (art. 26 LCS). Si fuese así estaríamos incurriendo en la prohibición de enriquecimiento injusto del asegurado.

Por otra parte, el hecho de que lo que se asegura sea el interés asegurado y no el bien asegurado supone que se pueden concertar varios seguros distintos sobre un mismo bien asegurado por parte de personas distintas: el propietario, el inquilino y el banco acreedor de la hipoteca que recae sobre un inmueble podrían asegurar el inmueble al mismo tiempo contra incendios (cada uno lo haría para proteger su interés respecto de la casa, piso, factoría o local comercial).

3 El daño al interés asegurado: el siniestro

Se denomina siniestro a cada uno de los eventos en los que uno de los riesgos cubiertos por la póliza causa un daño al interés asegurado. El siniestro es un hecho que se produce cuando concurren las siguientes circunstancias:

- Un contrato de seguro en vigor.

- Que se haya producido un suceso súbito, imprevisto y accidental, comprendido en alguno de los riesgos incluidos en la póliza de seguros y no afectado por ninguna de las exclusiones o limitaciones de la misma.
- Que se haya causado un daño al interés asegurado.
- Que exista una relación de causa-efecto entre el suceso y el daño.

El siniestro provoca el nacimiento de la obligación de indemnizar del asegurador. En el momento en el que se produce el siniestro se inicia un proceso que se conoce con el nombre de «gestión del siniestro», a través del cual asegurador y asegurado desarrollan una serie de conductas tendentes a una indemnización del daño ajustada a lo previsto en el contrato. La gestión del siniestro será objeto específico de análisis en el capítulo X de este libro.

III. LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN EN UN CONTRATO DE SEGURO

1 Las partes del contrato de seguro

Se llaman “partes”, las distintas posiciones que pueden ocupar las personas en un contrato. Así, en un contrato de compraventa las partes serían la parte vendedora (su posición es la del que transmite el bien que se vende) y la parte compradora (su posición es la del que paga el precio de la venta). No debe confundirse a las partes con los sujetos del contrato: la parte es sólo una posición determinada, mientras que sujeto es cada persona que puede ocupar esa posición. Cada parte podría estar integrada por varios sujetos (por ejemplo, la parte vendedora podría estar compuesta por varias personas que venden a la vez).

Las partes de todo contrato de seguro son tres: a) el asegurador, que debe ser siempre una entidad aseguradora, b) el tomador del seguro y c) el asegurado.

1.1 El asegurador

El asegurador es la parte que se obliga a dar cobertura al riesgo asegurado y a indemnizar el daño al interés asegurado en caso de que se produzca un siniestro.

La condición de asegurador está reservada exclusivamente a las entidades que, cumpliendo una serie de requisitos, obtengan una autorización administrativa para realizar la actividad aseguradora. Entre estos requisitos están el de

adoptar la forma jurídica prevista en la ley, limitar su actividad a la aseguradora, contar con el capital mínimo obligatorio y el capital de solvencia mínimo, así como que sus directivos acrediten las exigencias de honorabilidad y las condiciones necesarias de cualificación y experiencia profesionales (art. 22 LOSSEAR).

Las entidades aseguradoras pueden revestir varias formas jurídicas distintas: la sociedad anónima, mutua de seguros, sociedad cooperativa, y mutualidad de previsión social:

- Las entidades aseguradoras más potentes pertenecen a la categoría de las sociedades anónimas. Estas sociedades de seguros, como cualquier otra S. A., son propiedad de sus accionistas, los cuales nada tienen que ver, en principio, con sus clientes.
- A diferencia de ellas, las mutuas o las mutualidades de previsión social pertenecen a los mutualistas, esto es a los tomadores de los seguros que las mutuas gestionan.
- Algo parecido sucede con las cooperativas de seguros, pero con una pequeña diferencia. Los propietarios de las sociedades cooperativas son los socios, pero, al contrario de lo que pasa con las S.A., sólo pueden ser socios de estas entidades aquellas personas que sean tomadores de los seguros gestionados por la cooperativa.

La autorización para tener la condición de entidad aseguradora la concede el Ministro de Economía. La autorización a las entidades aseguradoras se concederá por ramos, conforme a la clasificación establecida en el anexo de la LOSSEAR. Cuando el Ministro autoriza, se entiende que la aseguradora puede operar dentro del ramo completo al que se refiere la autorización, dando además cobertura a los riesgos accesorios o complementarios del ramo (art. 21 LOSSEAR).

Distintas de las entidades aseguradoras son las entidades reaseguradoras. Éstas se dedican a concertar reaseguros. Por reaseguro debemos entender aquella actividad consistente en la cobertura de riesgos cedidos por una entidad aseguradora o por otra entidad reaseguradora (art. 6.7 LOSSEAR). Mediante el reaseguro las entidades aseguradoras pueden gestionar un nivel de riesgo más elevado del que podrían soportar con sus niveles de solvencia propios, lo que mejora la oferta general del mercado asegurador y su capacidad para asumir riesgos. Para ejercitar la actividad de reaseguro se requiere una autorización especial, y debe ejercitarse con total separación entre la entidad reaseguradora y los tomadores o asegurados.

1.2 El tomador del seguro

El tomador del seguro es la persona física o jurídica que concierta el contrato de seguro con el asegurador. Como parte contratante, el tomador del seguro es quien tiene, en principio, que cumplir con todas las obligaciones que nacen del contrato.

Hemos dicho que solo «en principio» el tomador tiene que cumplir con todas las obligaciones contractuales, porque en muchas ocasiones el tomador no contrata el seguro para dar cobertura a un interés propio, sino para proteger un interés ajeno. En estos casos, surge junto a la figura del tomador, la del asegurado. El asegurado es el titular del interés cubierto por el seguro y, cuando es una persona distinta del tomador, puede también cumplir con aquéllas obligaciones contractuales que por su propia naturaleza deban ser satisfechas por él.

Por ejemplo, uno de los deberes que nacen del contrato de seguro es el de informar de que se ha producido algún cambio en las circunstancias que determinan el riesgo cubierto. Cuando así sea, el cumplimiento de esta obligación puede efectuarse tanto por el tomador como por el asegurado, dado que lo natural es que este segundo sujeto disponga de esta información antes y de forma más completa que el tomador. En otras ocasiones —piénsese en un reconocimiento médico, por ejemplo— tendrá que ser necesariamente el asegurado el que satisfaga el deber establecido en el contrato.

Respecto de la figura del tomador del seguro deben tenerse en cuenta las siguientes dos reglas básicas:

- Cuando el tomador no explicita en el contrato que contrata el seguro por cuenta ajena (es decir, en interés de un asegurado distinto de él mismo), se entiende que lo hace por cuenta propia (o sea, que él mismo es el titular del interés asegurado). En estos casos, se habla de tomador-asegurado para referirse al tomador del seguro.
- El tomador no es un representante del asegurado. El representante, a diferencia del tomador, ni actúa en nombre propio, ni se convierte en parte del contrato, ni tiene que cumplir las obligaciones derivadas del seguro. El representante tan sólo actúa como un sustituto de la persona que es verdaderamente parte del contrato. El tomador, por el contrario, es parte él mismo del contrato y está obligado a cumplirlo. Un caso típico de contratación de un seguro por medio de representante es aquél en el que un corredor de seguros lo contrata a nombre de su cliente.

1.3 El asegurado

El asegurado es el titular del interés asegurado. Es el sujeto cuya persona, bienes, derechos o patrimonio soportan el riesgo cubierto por el seguro. Como titular del interés asegurado es la persona que adquiere los derechos que se derivan del contrato de seguro (art. 7.III LCS). En especial, el asegurado adquiere, una vez firmado el contrato, el derecho a percibir la indemnización en caso de siniestro.

Así pues, la parte tomadora es la que asume las obligaciones que nacen del contrato de seguro, mientras que el asegurado es el que se beneficia de la cobertura del riesgo que proporciona el contrato y adquiere los derechos que se derivan del mismo. Como parte del contrato de seguro, la jurisprudencia ha entendido que es preciso que concurra, en algún momento, un acto de aceptación del contrato de seguro por parte del asegurado. A partir de este momento el contrato no podrá modificarse sin su consentimiento.

Aunque, en principio, los deberes contractuales son de cargo del tomador, la LCS establece, como ya se ha dicho, que muchos de estos deberes nacidos del contrato de seguro se pueden cumplir —o se deben cumplir— por el asegurado. Es más, en general el art. 7.II LCS prohíbe que el asegurador rechace el cumplimiento por parte del asegurado de deberes que le corresponderían al tomador.



La figura del asegurado puede estar determinada en el contrato o no. Cuando el tomador no ha identificado a la persona del asegurado, se exige que por lo menos se especifique el modo en el que se puede determinar quién es el asegurado. Serían ejemplos típicos de este modo de contratar el de los seguros de grupo: un Colegio profesional o una sociedad mercantil que concierta un seguro de salud o de accidentes para todos sus colegiados o trabajadores. Será, en tales supuestos, la condición de colegiado o trabajador la que determine la de asegurado. Otro ejemplo frecuente es el de las pólizas «por cuenta de quien corresponda» en el ámbito del seguro de transporte de mercancías, cuyo asegurado se determinará en el momento en el que las mercancías lleguen a destino. Otro seguro de este tipo sería el propio seguro de circulación de vehículos a motor, en el que el asegurado será quién conduzca el vehículo en el momento del accidente.

2 Otras figuras relevantes en el contrato de seguro

El contrato de seguro es un negocio que puede alcanzar una complejidad importante desde el punto de vista de los sujetos que intervienen de un modo u otro en el mismo. Así, junto a las figuras de asegurador, asegurado y tomador —las partes del contrato— aparecen en algunos tipos de seguros otras dos posiciones jurídicas de transcendencia: el beneficiario y el tercero perjudicado.

2.1 El beneficiario

El beneficiario es la persona que está legitimada para recibir la indemnización en caso de siniestro. No es una parte del contrato, sino un “tercero”, es decir, alguien ajeno al contrato. Carece de obligaciones contractuales y no tiene más derecho que el de cobrar la indemnización cuando se produzca el siniestro. El origen del beneficiario se encuentra en los seguros de vida. En estos seguros, el asegurado no puede cobrar la indemnización dado que el siniestro consiste precisamente en su fallecimiento.

El beneficiario es, por lo tanto, una figura esencialmente vinculada a los seguros de personas y, más en concreto, a los seguros para el caso de muerte, si bien el Tribunal Supremo ha admitido en alguna ocasión la presencia de beneficiarios en algún seguro de daños como el seguro de caución.

La designación y cambio del beneficiario corresponde, en principio, al tomador en cuanto persona que contrata el seguro y fija su contenido junto con el asegurador. Sólo corresponderá al asegurado la facultad de modificar al beneficiario cuando así se establezca en el propio contrato. El asegurador no

tiene ninguna facultad de intervenir en la designación ni se requiere en absoluto su consentimiento para ello. En cuanto al modo en sí de designar al beneficiario:

- Puede hacerse en la propia póliza o después de contratar el seguro, bien mediante una declaración dirigida al asegurador o en testamento (art. 84 LCS).
- Puede hacerse de forma expresa y nominativa o de modo genérico, mediante la designación del cónyuge, los herederos o los parientes más próximos o de otros modos análogos (art. 85 LCS).
- Se pueden designar varios beneficiarios al mismo tiempo, repartiéndose la indemnización en la forma que se diga por el tomador, o en su defecto por partes iguales —o por cuota hereditaria si los beneficiarios son: “los herederos”

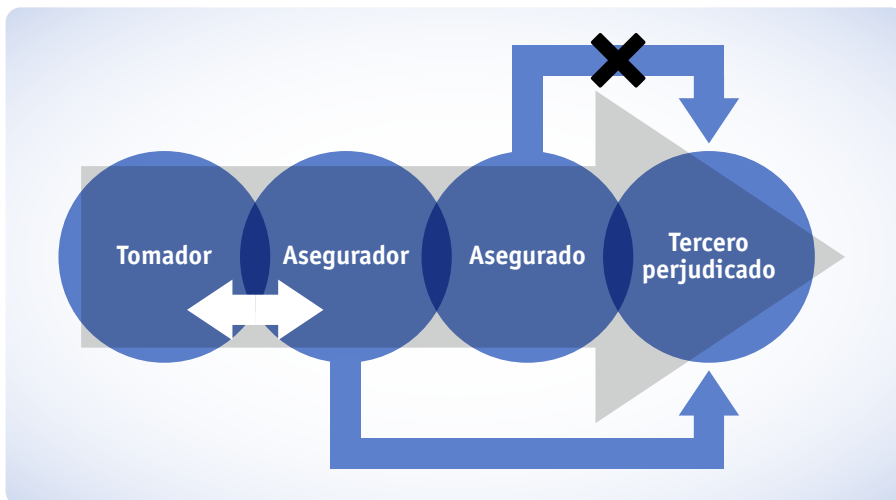
El derecho del beneficiario a cobrar la indemnización es autónomo: no forma parte ni limita los derechos hereditarios que pudiera tener el beneficiario respecto del asegurado, ni tampoco puede ser atacado por los demás herederos en el caso de que el beneficiario no lo sea, ni por los acreedores del asegurado.

2.2 El tercero perjudicado: La acción directa

En los contratos de seguro de responsabilidad civil también aparece una nueva figura a mayores de las del asegurador, tomador y asegurado: la del tercero perjudicado. La presencia de esta figura es la consecuencia del modo de ser de este tipo de contratos de seguro. Veámoslo con un poco más de detalle:

Hay que partir del hecho de que, en los seguros de responsabilidad civil, el interés asegurado es el patrimonio del asegurado en su conjunto. En efecto, mediante este tipo de seguro se consigue que la aseguradora se haga cargo de abonar la indemnización de daños y perjuicios que el asegurado ha sido condenado a pagar a un tercero como responsable civil del daño (v. gr. el empresario ha sido condenado como responsable del accidente de trabajo de su empleado, o como responsable del daño al medioambiente que genera con su industria, o como responsable del daño causado por un producto defectuoso fabricado por él). Así pues, el seguro consigue que el patrimonio total del asegurado salga indemne de la situación, al pagar la aseguradora lo que, en principio, debía haberse pagado por el propio asegurado.

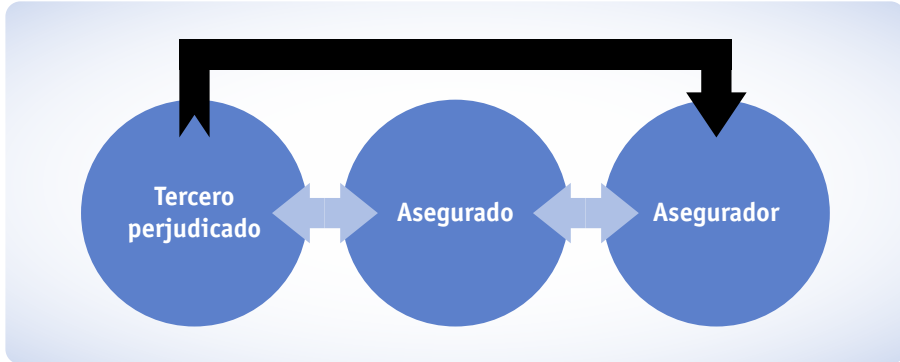
En la siguiente figura vemos cómo el mecanismo del seguro de responsabilidad civil sustituye el pago de la indemnización por parte del asegurado por la indemnización a cargo del asegurador:



Se llama “tercero perjudicado” al sujeto que recibe la indemnización del asegurador en el seguro de responsabilidad civil. Esta figura adquiere un protagonismo fundamental en este tipo de contrato de seguro porque la LCS le concede una acción directa frente al asegurador.

Se denomina “acción directa” a la posibilidad que tiene el tercero perjudicado de reclamar la indemnización de los daños y perjuicios sufridos directamente al asegurador, sin tener que reclamar nada al responsable civil cubierto por el seguro (art. 76 LCS). Mediante la acción directa se permite excepcionalmente que una persona —el tercero perjudicado— reclame directamente de un asegurador que ni es responsable de daño sufrido por el reclamante, ni tiene contrato alguno con él, una indemnización de daños y perjuicios que, en principio, debería pagar otra persona —el asegurado responsable—. Se trata de un mecanismo excepcional, muy poco frecuente en el Derecho privado, que pretende mejorar la protección que reciben las víctimas de los accidentes.

En el cuadro siguiente, vemos cómo lo coherente con la lógica jurídica normal en la situación que nos ocupa sería que el tercero reclamase la indemnización al asegurado (el responsable del daño que ha padecido), y que éste, a su vez, solicitase al asegurador que se hiciese cargo de dicha indemnización (dado que ambos son las partes del contrato de seguro de responsabilidad civil). A través de la acción directa se permite al tercero perjudicado saltar esta secuencia lógica dirigiendo directamente la reclamación al asegurador:



Cuando el tercero perjudicado utiliza la acción directa, el asegurador no puede defenderse frente a aquél argumentando cuestiones relativas a su relación con el tomador o asegurado. No puede, por lo tanto, negarse a pagar la indemnización sobre la base de que no se le ha pagado la prima, o que no se le había comunicado debidamente el riesgo que corría, o que no se le notificó el siniestro en el modo establecido en el contrato (se dice que están prohibidas las «excepciones personales»).

El asegurador sólo puede defenderse frente al tercero perjudicado utilizando argumentos que tengan que ver con:

- a) La cobertura de la póliza: puede defenderse alegando que la póliza no cubría el accidente o la conducta que ocasionó los daños al tercero perjudicado.
- b) La inexistencia de la responsabilidad civil de su asegurado: también puede defenderse alegando que el asegurado no es responsable del daño cuya indemnización se reclama.
- c) La culpa exclusiva del tercero perjudicado: puede alegar, por último, para defenderse que el accidente que causó el daño fue por culpa exclusiva de la víctima del mismo

Las limitaciones legales de las posibilidades de defensa del asegurador frente al tercero perjudicado incluyen la imposibilidad de afirmar que el daño no está cubierto por el seguro porque ha sido causado intencionadamente por el asegurado (con dolo o mala fe). En estos casos la ley dispone que el asegurador debe pagar igualmente la indemnización, sin perjuicio de poder intentar recuperar su importe después del asegurado (mediante la utilización de la llamada «acción de repetición»).

3 Los intermediarios en el contrato de seguro

El mercado de los seguros funciona con una amplia red de intermediarios entre las entidades aseguradoras y sus clientes —y potenciales clientes—. Estos intermediarios, sin perjuicio de las peculiaridades de cada tipo, se dedican todos ellos a la promoción, distribución, preparación y celebración de los contratos de seguro, así como, una vez contratados, a la asistencia a los asegurados en su gestión y ejecución.

La legislación española y europea reconocen desde hace décadas la trascendencia de la labor que desempeñan los intermediarios de seguros en el mercado y, por esta razón, se han incrementado en los últimos años las exigencias para desarrollar la mediación en materia aseguradora. Los principios básicos que integran la regulación de las actividades de mediación son:

- La igualdad de trato en cuanto a las exigencias de profesionalidad y honrabilidad de todos los intermediarios, sean de la clase que sean.
- La transparencia tanto en lo que respecta a su relación con las entidades aseguradoras como a su actuación, con el fin de proteger debidamente a sus clientes y especialmente a los consumidores. Con esta finalidad, la ley atribuye unos rigurosos deberes de información a los intermediarios, cuyo cumplimiento supone que sus clientes estén plenamente informados de sus eventuales vínculos con el asegurador.

3.1 El corredor de seguros

El corredor de seguros (al que actualmente también se denomina con frecuencia mediante el anglicismo «bróker») es una persona física o jurídica que ofrece servicios de mediación en el mercado de forma independiente.

Lo más trascendente de este intermediario es su independencia frente a las entidades aseguradoras. La LMSRP prohíbe que los corredores de seguros puedan mantener relaciones contractuales con entidades aseguradoras que puedan suponer vinculación o poner en entredicho su independencia. Para conseguir este fin establece una serie de controles legales que limitan las relaciones que el corredor puede mantener con las aseguradoras.

El corredor ofrece a sus clientes un asesoramiento independiente, profesional e imparcial. De todos modos, para comprender el funcionamiento de esta figura ha de tenerse en cuenta que su independencia de las entidades aseguradoras se complementa con el deber de actuar de conformidad con los intereses del tomador/asegurado.

Esta dualidad independencia-actuación en interés del tomador/asegurado se traduce en las siguientes obligaciones del corredor:

- Antes de aconsejar a sus clientes acerca de cualquier cuestión relacionada con la contratación de sus seguros, el corredor está obligado a realizar un análisis objetivo del mercado, buscando y recomendando aquellos productos que se acomoden mejor a las necesidades de su cliente.
- Los corredores deben revisar la póliza para comprobar que reúne los requisitos necesarios para ser legalmente eficaz atendiendo a los fines perseguidos por su cliente.
- Deben además explicar y dar toda la información necesaria para resolver las dudas que el cliente podría tener acerca de las cláusulas y contenidos de la póliza, antes y después de que se contrate el seguro.
- Entre sus funciones más importantes en la práctica está también la información acerca de las condiciones que ofrece la compañía de seguros para la renovación y/o modificación del contrato.
- Una función muy trascendente del corredor es la de asesorar y asistir a su cliente en caso de siniestro.

Junto a estas funciones tradicionales del corredor, en el momento presente muchas corredurías de seguros ofrecen a sus clientes tomadores/asegurados servicios relacionados con el proceso completo de gestión del riesgo empresarial. En este sentido, se pueden encontrar en el mercado ofertas de servicios que incluyen desde la elaboración puntual de un mapa de riesgos, o de un plan de mitigación de riesgos empresariales, hasta servicios permanentes que suponen, en todo o en parte, la externalización de la gestión del riesgo de la empresa.

Aunque no se trata de algo imprescindible, normalmente el cliente que contrata los servicios de un corredor firma una carta de nombramiento en virtud de la que manifiesta públicamente: a) que designa a un determinado corredor o correduría, b) para una o varias pólizas, c) para uno o varios ramos de seguros, y d) con carácter exclusivo o sin él. Esta carta se remite al/a los asegurador/es, de tal manera que a partir de entonces se comunican con el corredor con respecto a las pólizas de su nuevo cliente. Para cambiar de corredor, el empresario no tiene más que enviar una nueva carta designando a un nuevo corredor a las entidades aseguradoras correspondientes.

Sin perjuicio de que clientes y corredores son libres de determinar cuáles serán las facultades de intermediación del corredor, la ley establece algunas reglas generales acerca de la relación mediador-tomador que resultan de interés:

- El tomador puede pagar la prima al corredor. Ahora bien, este pago no se entiende hecho al asegurador, salvo que el corredor le entregue el recibo de prima (art. 26 LMSRP).
- El tomador ya no tendrá que ponerse en contacto directamente con la entidad aseguradora para notificar cuestiones atinentes al contrato de seguro (como, v. gr., que se ha producido un siniestro). Podrá comunicar estos hechos al corredor, que deberá ponerlas en conocimiento del asegurador, so pena de incurrir en responsabilidad civil frente al tomador. Cualesquiera comunicaciones efectuadas por el corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.
- En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor (art. 21 LCS).

El corredor es un profesional independiente, por lo que será responsable en caso de que cause daños a los intereses de su cliente como consecuencia de una prestación de servicios defectuosa o negligente. El empresario que sufra daños a resultas de una actuación de este tipo de su corredor podrá demandar la correspondiente indemnización de daños y perjuicios a cargo del corredor o de su seguro de responsabilidad civil profesional obligatorio (art. 27.1.e LMSRP).

Todos los corredores tienen la obligación de contar con un servicio o departamento de “atención al cliente” para atender sus posibles quejas y reclamaciones (interno o externalizado), salvo que un grupo de ellos hayan encomendado esta función a un “defensor del cliente” único para los clientes de todo el grupo. En tal caso, informarán a todos sus clientes de la existencia de este defensor al que pueden dirigir sus quejas y reclamaciones.

La retribución que percibe el corredor puede provenir de dos fuentes distintas: la entidad aseguradora y el cliente.

- a) En el momento presente la mayor parte de los corredores perciben única y exclusivamente su retribución de las entidades aseguradoras. Esta retribución debe revestir siempre la forma de comisiones. Cualquier retribución distinta está prohibida por la LMSRP (art. 29). Por otra parte, la comisión, cualquiera que sea el procedimiento que se emplee para determinar su

cuantía, no debe comprometer la independencia del corredor. Si la comisión se satisface con ocasión del pago de la prima a la entidad aseguradora, deberá incluirse en el recibo de prima el importe de la misma y el nombre del corredor a quien corresponde.

- b) El corredor y el cliente podrán pactar por escrito que la retribución del corredor incluya —además de la comisión o exclusivamente— honorarios profesionales que se facturarán directamente al cliente. En este caso se expedirá una factura independiente por dichos honorarios de forma separada al recibo de prima emitido por la entidad aseguradora.

3.2 Los agentes de seguros

Los agentes de seguros son profesionales vinculados con las aseguradoras, cuya función es la de promover la contratación de los seguros que ofrecen las entidades para las que trabajan. La diferencia fundamental con los corredores es, por lo tanto, la falta de independencia del agente. La tarea primordial del agente es la de comercializar el producto de la/as aseguradora/as a la que está vinculado, sin que se le exija en absoluto comparar este producto con otros o advertir la presencia de otros seguros en el mercado que ofrecen mejores condiciones que los que él comercializa.

Existen dos tipos distintos de agentes de seguros:

- a) Los agentes exclusivos, que prestan sus servicios exclusivamente para una única entidad aseguradora. Es posible que un agente exclusivo, con el consentimiento de su entidad pueda promover contratos por cuenta de otra aseguradora, pero en este caso será sólo para ramos de seguros distintos de aquéllos para los que representa a la primera.
- b) Los agentes vinculados, que actúan por cuenta de dos o más entidades aseguradoras.

Las responsabilidades que podrían derivarse de una prestación defectuosa o negligente de los servicios por parte de los agentes se atribuyen, en principio, a las aseguradoras por cuenta de quienes promueven los contratos de seguro. Esto es siempre así por ley en el caso de los agentes exclusivos. Los agentes vinculados, sin embargo, tienen la obligación de contratar un seguro de responsabilidad civil profesional, en caso de que alguna de las aseguradoras a las que prestan sus servicios no asuma estas responsabilidades frente a los clientes del agente.

En cuanto al régimen de comunicaciones y pagos entre el cliente, el agente y la entidad aseguradora, deben tenerse en cuenta las siguientes reglas básicas:

- Cuando un agente media en la celebración de un contrato de seguro, a partir de la suscripción del contrato todas las comunicaciones que el tomador efectúe al agente surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado a la entidad aseguradora (art. 12.1 LMSRP).
- En el caso de los agentes exclusivos, además, todas las cantidades de dinero entregadas al agente exclusivo, se considerarán pagados a la entidad aseguradora. Esta regla, sin embargo, no juega en sentido contrario: el dinero entregado al agente por la entidad aseguradora no se considera en modo alguno entregado al cliente hasta que éste último lo reciba (art. 13.2 LMSRP).

Las entidades aseguradoras están obligadas a atender y resolver todas las quejas y reclamaciones frente a la actuación de sus agentes en sus departamentos o servicios de reclamaciones. Existe la posibilidad de que varias entidades aseguradoras agrupadas encomienden esta función a un defensor del cliente. En tal caso deberán informar de su existencia y del modo de hacerle llegar las quejas y reclamaciones.

CUADRO COMPARATIVO BÁSICO ENTRE LA FIGURA DEL CORREDOR Y LA DEL AGENTE

CORREDOR	AGENTE
Profesional independiente	Trabaja para la entidad aseguradora
Busca la mejor opción para el cliente en el mercado	Ofrece sólo los productos de la entidad aseguradora para la que trabaja
Cobra una comisión de la entidad aseguradora y/o honorarios del cliente	Es remunerado solo por la entidad aseguradora
Es responsable civil de las negligencias profesionales que pudiera cometer	La entidad aseguradora responde por las negligencias profesionales del agente
Las comunicaciones hechas al corredor no se entienden hechas al asegurador hasta que éste se las remite	Las comunicaciones hechas al agente se entienden hechas al asegurador
Asesora e informa al cliente de modo independiente acerca del contenido del contrato y de su renovación o modificación	Su misión es promover la renovación de los productos de la aseguradora para la que trabaja.
Pueden ofrecer otros servicios adicionales a la mera mediación: gestión de riesgos	No ofrecen más servicios que los ofertados por la entidad aseguradora para la que trabajan

Un tipo especial de agente es el llamado **operador de banca-seguros**. El operador de banca-seguros es una entidad de crédito, o una sociedad controlada

o participada por una entidad de crédito, que actúa como agente de seguros utilizando las redes de distribución de las entidades de crédito.

Dado que el operador de banca-seguros emplea toda su red de distribución para ejercer su labor de agencia, existe la obligación para estos operadores, de proporcionar una adecuada formación al personal de la red de distribución, obligación que recae en las aseguradoras de las que son agentes y en la entidad de crédito que distribuye los citados seguros.

Por lo demás, las normas a las que debe acomodar sus relaciones con los clientes el operador de banca-seguros son las mismas que las que rigen para el resto de agentes, pudiendo realizar su actividad en concepto de agente exclusivo de una entidad aseguradora, o vinculado a más de una.

IV. ¿QUÉ TIPOS DE SEGUROS EXISTEN?

Todo empresario sabe que el mercado asegurador ofrece una gama amplísima de productos con los que protegerse contra toda clase de riesgos. Cada vez que surge un nuevo riesgo como consecuencia de la evolución social, económica y tecnológica, las entidades aseguradoras se apresuran a conformar un nuevo contrato de seguro para hacerle frente. Piénsese por ejemplo en los actuales programas internacionales de seguros con los que se ayuda a las empresas españolas a internacionalizarse o en los seguros frente a los llamados ciberriesgos.

El objeto de este capítulo no es, sin embargo, ofrecer un panorama de todos estos productos aseguradores y sus características. La única pretensión de este libro es la de dar al empresario una información básica acerca de sus derechos y obligaciones en cualquier contrato de seguro. Para ello no es necesario conocer las coberturas que ofrecen las entidades para los distintos tipos de riesgo que afectan a las empresas, sino solamente los grandes tipos o clases en las que se dividen los contratos de seguro. Y ello porque son estas grandes clases de contratos las que determinan diferencias en la estructura y, en ocasiones, el contenido de esos derechos y obligaciones genéricos que queremos dar a conocer mediante esta obra. Un seguro de responsabilidad civil, sea de responsabilidad civil patronal, o de explotación, o de directivos y administradores (D&O) difiere en su cobertura, pero genera los mismos derechos y obligaciones generales para las partes.

1 Los seguros simples y los seguros multirriesgo

Normalmente cuando pensamos en los contratos de seguro los imaginamos como contratos que cubren un único riesgo: el riesgo de incendio, o el de robo o el de pérdida de beneficios empresariales. De hecho, en la LCS se regulan los diversos tipos de contratos de seguro siguiendo esta idea. Así, en los seguros de daños se incluyen normas especiales para el seguro de incendios, robo, transporte terrestre, lucro cesante, caución, crédito y responsabilidad civil.

Es cierto que muchos seguros se siguen contratando de este modo, riesgo a riesgo. Sin embargo, desde hace bastante tiempo el mercado ofrece también los llamados seguros multirriesgo. En estos contratos el tomador y la entidad aseguradora acuerdan la cobertura de una pluralidad de riesgos distintos que afectan a un mismo bien (el hogar del asegurado o la fábrica del industrial) o a una cierta actividad (la explotación económica del empresario). Se asegura a los propietarios de estos bienes o a los titulares de estas actividades frente al riesgo de incendio, robo, responsabilidad civil, accidentes, etc. que pueden afectarles.

Normalmente los seguros multirriesgo ofrecen una cobertura básica (la denominada “garantía básica”, con la que se cubren una serie de riesgos básicos que afectan al bien o actividad en cuestión) y varias opcionales (garantías de libre contratación), para que el tomador pueda conformar un producto ajustado a sus necesidades. En todo caso, aunque todas las coberturas estén incluidas en un único contrato, cada una de ellas se regirá por las reglas peculiares que le correspondan: la cobertura de incendios por las normas sobre seguro de incendios, la de responsabilidad civil por las normas propias de este tipo de seguros, etc.

2 Los seguros voluntarios y los seguros obligatorios

Se llaman seguros obligatorios a aquellos contratos de seguro cuya celebración se impone a las personas que desean realizar ciertas actividades generadoras de riesgos.

Cuando una actividad es especialmente peligrosa o arriesgada no sólo para el que la desarrolla, sino sobre todo para terceros que podrían verse afectados por la misma, el Estado puede, en primer lugar, tomar la decisión de prohibirla. Sin embargo, prohibir la actividad puede ser una mala solución cuando las ventajas sociales que se derivan de ella compensan el peligro que supone. Es el caso, por ejemplo, de la circulación de vehículos de motor, de la navegación aérea, de la caza, los ensayos clínicos con medicamentos o la realización de

actividades industriales con posible impacto medioambiental. En este tipo de actividades, arriesgadas pero socialmente ventajosas o deseables, la imposición de un seguro obligatorio permite que continúe su desarrollo al tiempo que se cubre debidamente el riesgo de daños para terceros.

La cobertura y exclusiones de los seguros obligatorios están determinadas por la ley que los establece. Es la ley que crea el seguro obligatorio la que regula qué riesgos están cubiertos, quiénes son los asegurados y los tomadores, cuáles son las indemnizaciones procedentes en caso de siniestro, el procedimiento a seguir en tales circunstancias y cualquier otra cuestión que se considere conveniente. Las normas generales sobre contrato de seguro contenidas en la LCS se aplican también a estos seguros en todo aquello que no esté reglamentado en las normas del seguro obligatorio. Así pues, en estos casos, para conocer los derechos y deberes que el empresario tiene como tomador o asegurado hay que consultar primero las normas del seguro obligatorio (que son de aplicación preferente) y después las normas generales sobre contrato de seguro.

Todos los seguros que no son obligatorios reciben el nombre genérico de seguros voluntarios. Son seguros voluntarios, por consiguiente, los contratos de seguro que han sido concertados por la libre decisión del tomador. A diferencia de lo que sucede con los seguros obligatorios, en los voluntarios los derechos y obligaciones del empresario deben buscarse: a) en los pactos y estipulaciones incluidas en el condicionado de la póliza, siempre y cuando respeten los límites establecidos en la ley para proteger al tomador y al asegurado (sobre esta cuestión volveremos en los capítulos siguientes); y b) en las normas de la LCS.

El seguro voluntario, en ocasiones, se presenta como una ampliación de cobertura respecto de un seguro obligatorio. Así, cuando se habla del seguro voluntario del automóvil, este se suele representar como una ampliación del seguro obligatorio para la circulación de vehículos de motor, que se ofrece al tomador como una mejora de su protección frente al riesgo de la automoción. En realidad, en estos casos, nos encontramos normalmente ante un seguro multirriesgo en el que se incluye la cobertura obligatoria sujeta a sus propias reglas específicas, junto a otras coberturas voluntarias de riesgos distintos (normalmente coberturas de algunas clases o de todos los daños al propio vehículo en accidentes de circulación, pero también de asistencia en carretera o de asistencia jurídica), que se someterán a las normas de los seguros voluntarios.

3 Los seguros de daños: ¿Cómo funcionan?

En los capítulos I y II ya se hizo referencia a que en el mundo de los seguros había que distinguir entre dos grandes tipos de contratos: los seguros de daños y los seguros de personas. La diferencia entre ellos radica en que en los seguros de daños se indemniza estrictamente el daño causado al interés asegurado: la entidad aseguradora se obliga a reparar, dentro de los límites del contrato, el daño causado al asegurado por el siniestro y nada más que éste. Sólo si se produce un daño al interés asegurado, y únicamente en la medida en que se produce, entra en juego el mecanismo indemnizatorio propio del seguro.

Además del propio valor del interés asegurado, que como acabo de decir, constituye el tope máximo de indemnización en los seguros de daños, existen otra serie de conceptos, directamente relacionados con la cantidad de dinero que es preciso conocer que se puede recibir de la entidad aseguradora en caso de siniestro. En los apartados siguientes, analizaré el concepto de suma asegurada, la relación entre la suma asegurada y el valor del interés asegurado y sus consecuencias. A continuación, trataré brevemente de lo que sucede cuando varias entidades aseguradoras cubren al mismo tiempo el mismo interés asegurado frente a los mismos siniestros. Y finalmente expondré de modo sencillo las diferencias entre las dos grandes clases de seguros de daños: los seguros de daños propios y los seguros de responsabilidad civil.

3.1 La suma asegurada

La suma asegurada o capital asegurado es el valor que asegurador y tomador atribuyen en la póliza al interés asegurado. Constituye la cantidad máxima que el asegurador está obligado a pagar en caso de siniestro.

La suma asegurada es simplemente el valor atribuido por las partes al interés asegurado. Puede, por consiguiente, ser una cantidad mayor, igual o menor que el valor real del interés asegurado. Yo puedo asegurar mi establecimiento principal en 500.000 € (o sea, haciendo constar como suma asegurada esta cantidad). Ello no significa necesariamente que su valor sea exactamente de 500.000 €. Las posibles divergencias entre suma asegurada y valor del interés asegurado dan lugar a las situaciones que se denominan de infraseguro, seguro pleno o sobreseguro.

3.2 Seguro pleno, sobreseguro e infraseguro

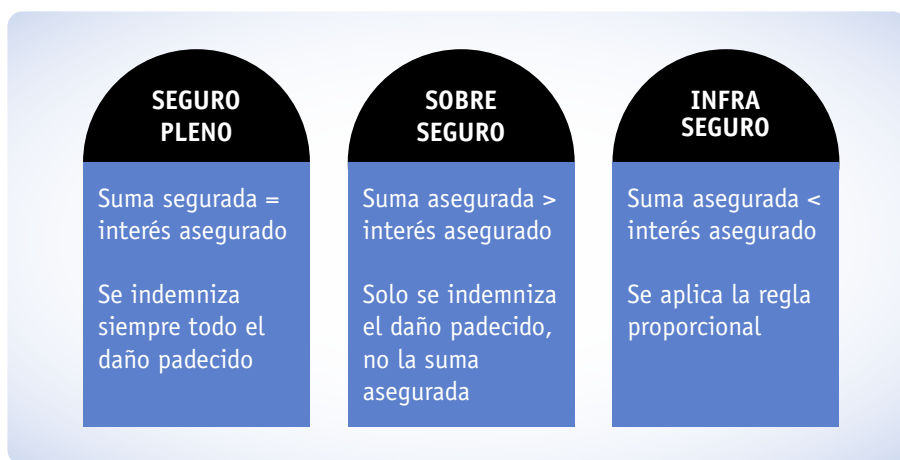
Cuando el valor de la suma asegurada es igual al valor del interés asegurado nos encontramos ante un **seguro pleno**. En caso de siniestro recibiremos siempre

del asegurador una indemnización completa del daño sufrido, aunque el interés asegurado haya desaparecido por completo como consecuencia del siniestro.

En los casos en los que el valor de la suma asegurada sea superior al valor del interés asegurado, se dice que estamos ante una situación de **sobreseguro**. Se trata de una situación peligrosa porque puede inducir al asegurador al pago de una indemnización superior al valor del interés asegurado, lo cual supondría incurrir en la prohibición de enriquecerse por medio del seguro.

Si el valor de la suma asegurada es inferior al del interés asegurado, la situación se denomina **infraseguro**. En estos casos se entiende que el tomador no ha querido transferir totalmente el riesgo al asegurador y, por lo tanto, que retiene parte del mismo sin mutualizarlo.

En los casos de sobreseguro y de infraseguro, la LCS establece una serie de normas especiales que afectan directamente al montante de la indemnización que el asegurado recibirá en caso de siniestro. Todas estas peculiaridades serán objeto de tratamiento en el Capítulo VI de este libro.



3.3 Seguro múltiple y coaseguro

En ocasiones varios aseguradores concurren para cubrir un mismo riesgo en relación con idéntico interés asegurado y durante un mismo período de tiempo. En estas condiciones estamos ante una concurrencia de seguros.

Téngase en cuenta que es preciso que se den todas las condiciones expuestas para que haya concurrencia. Si dos seguros cubren el mismo riesgo

(incendios), pero en relación con dos establecimientos distintos no habrá concurrencia, sino dos seguros de incendios distintos. Igualmente, si dos contratos de seguro prestan cobertura frente a incendios al mismo establecimiento pero uno de enero a junio y el otro de julio a diciembre tampoco existe concurrencia, sino dos seguros iguales pero sucesivos.

Cuando se produce una concurrencia de seguros podemos estar ante dos situaciones distintas: el seguro múltiple y el coaseguro.

El **seguro múltiple**, doble o cumulativo es un supuesto de concurrencia de seguros, en el que varias aseguradoras, por iniciativa del tomador, están asegurando el mismo riesgo, al mismo tiempo y en relación con el mismo interés asegurado. Se trata, por lo tanto, de una situación provocada por el tomador que ha contratado varios seguros para hacer frente a una única e idéntica situación.

Puede ser algo buscado de propósito por el tomador o que ha sucedido de manera involuntaria (v. gr. el empresario que tenía ya una póliza de responsabilidad civil por daños a la clientela y que después concierta una póliza multirriesgo que también la incluye como cobertura básica).

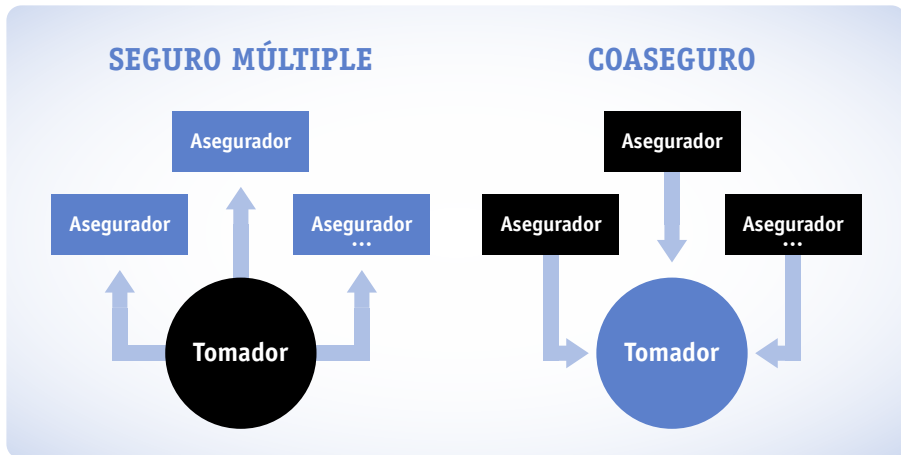
El seguro múltiple es una situación que provoca desconfianza en el legislador, por lo que ha establecido una serie de cautelas frente a la misma, cuyo objetivo es que el asegurado nunca pueda cobrar varias indemnizaciones que, en total, superen el valor del daño causado por el siniestro (art. 32 LCS). Estas cautelas son las siguientes:

- El tomador tiene el deber de comunicar la existencia de los otros seguros a cada uno de los aseguradores. Si intencionadamente se omite esta comunicación, los aseguradores que no la reciban no estarán obligados a indemnizar nada.
- Si se produce un siniestro, debe comunicarse también a todos los aseguradores. Ahora bien, comunicado el siniestro, el asegurado tiene derecho a obtener de cada asegurador la indemnización que corresponda según la suma asegurada de cada contrato, hasta que se repare por completo el daño total sufrido como consecuencia del siniestro.
- Aunque todos los aseguradores están obligados a pagar la indemnización que corresponda según contrato —con el límite de la reparación completa del daño—, la ley reparte entre ellos el montante total de la indemnización: cada uno debe pagar sólo en proporción a su suma asegurada. Así las cosas, cuando alguno haya pagado al asegurado más de lo que le

correspondiese en el reparto, puede dirigirse contra los demás aseguradores para recuperarlo.

El **coaseguro** es una situación de concurrencia de seguros buscada y conocida desde el principio por los aseguradores (art. 33 LCS). Mediante el coaseguro se pretende compartir el riesgo entre varias entidades aseguradoras, dado el elevado valor del interés asegurado u otras circunstancias que hacen difícil la cobertura por un solo asegurador.

- En el coaseguro la cobertura está repartida entre los aseguradores. El asegurado sólo puede pedir a cada asegurador la parte que le corresponda de la indemnización.
- En las situaciones de coaseguro normalmente (no es obligatorio) se nombra un “abridor”, “cabecera de póliza” o “asegurador delegado” que actúa como representante de todas las entidades involucradas en el coaseguro. Cuando existe un abridor o asegurador delegado, éste estará legitimado para ejercitar todos los derechos derivados del contrato y para recibir todas las comunicaciones y reclamaciones del asegurado.



3.4 Seguros de daños propios y seguro de responsabilidad civil

Dentro de los seguros de daños en general, se suele distinguir entre los seguros de daños propios y los seguros de responsabilidad civil.

Los seguros de daños propios son aquellos que cubren el riesgo de que se produzcan: a) daños a bienes propios del asegurado (como en los seguros de

incendios o de robo); b) daños a derechos del asegurado (como en los seguros de crédito o caución); o c) daños a expectativas de ganancia del asegurado (como en el seguro de pérdida de beneficios).

Los seguros de responsabilidad civil son aquellos que cubren el riesgo de que el asegurado sea legalmente responsable de daños sufridos por terceros. En los seguros de responsabilidad civil la indemnización se paga cuando el asegurado es declarado responsable civil de un daño causado a un tercero (el “tercero perjudicado”; vid. III.2.b). De todos modos, debe tenerse presente que el interés asegurado en el seguro de responsabilidad civil no es el daño causado al tercero (aunque sea este daño el que se indemnice por el asegurador), sino el perjuicio que supone para el patrimonio del asegurado el hecho de tener que pagar la indemnización.

4 Los seguros de personas: ¿Cómo funcionan?

Mediante los seguros de personas, el asegurado se protege frente a daños que afectan a su propia persona, es decir, a su vida, a su salud o a su integridad física.

A diferencia de lo que sucede en los seguros de daños, en los que se indemniza estrictamente el daño que se padece, en los seguros de personas el asegurador cuando se produce el siniestro no entrega una cantidad de dinero idéntica al perjuicio padecido. Por el contrario, en este tipo de seguros, salvo en casos muy concretos, (como pueden ser la prestación de asistencia sanitaria por lesiones o por enfermedad), el contenido de la indemnización está pactado de antemano y ésta se produce al margen de la entidad o importancia del daño que eventualmente se pueda haber producido en la realidad.

Los seguros de personas son instrumentos de previsión social. Las entidades aseguradoras se limitan a pagar la prestación acordada en caso de siniestro y, antes del mismo, a realizar las operaciones de gestión e inversión que permitan obtener la rentabilidad precisa para ello. Es también esta naturaleza peculiar de los seguros de personas, la que determina que los aseguradores no se subroguen en los derechos del asegurado (pues, en puridad, no están indemnizando los daños causados por terceros al asegurado). Por este motivo, por ejemplo, los seguros de vida son compatibles con la posibilidad de que el beneficiario perciba otra indemnización del tercero responsable de la muerte. Por ejemplo, si el beneficiario es el hijo de quien ha sufrido un accidente patronal, la indemnización pagada por el seguro de vida será compatible con la que pueda tener que pagar el empresario por la muerte de su trabajador.

4.1 Seguros de vida, de enfermedad y seguros de accidentes

En el **seguro de vida**, a cambio del pago de la prima estipulada por parte del tomador, el asegurador se compromete a pagar al beneficiario la cantidad acordada en el contrato (en la forma pactada: pago único, renta periódica, etc.) en caso de que se produzca el fallecimiento o la supervivencia del asegurado en una época determinada.

Los seguros de vida se dividen en dos grandes grupos:

- Seguro en caso de muerte: el beneficiario recibirá el capital estipulado cuando se produzca el fallecimiento del asegurado.
- Seguro en caso de vida: el beneficiario percibirá el capital si el asegurado vive en una fecha determinada. Por ejemplo, el seguro de supervivencia, con el que se paga la cantidad pactada al asegurado/beneficiario si éste llega a una determinada edad; o el seguro dotal, con el que se abona una cantidad a un hijo/a —el beneficiario— del asegurado al llegar el asegurado a cierta edad.

Corresponde exclusivamente al tomador designar quién es el beneficiario en el seguro de vida. Esta designación es posible hacerla en la póliza o mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, o en testamento; y tanto al tiempo de contratar el seguro como más tarde (art. 84 LCS).

En los **seguros de enfermedad y asistencia sanitaria**, a cambio de la prima estipulada, el asegurador se compromete, dentro de los límites marcados por la póliza, a pagar ciertas cantidades para cubrir los gastos o a hacerse cargo de los gastos (seguro de enfermedad) causados por la enfermedad del asegurado; o bien a prestar directamente atención sanitaria al asegurado (seguro de asistencia sanitaria). Es posible acordar también el pago de prestaciones mixtas, prestando directamente la asistencia sanitaria el cuadro médico del asegurador en algunas ocasiones, y limitándose a reembolsar los gastos médicos previamente abonados por el asegurado en otros.

En el **seguro de accidentes** el asegurador se compromete, a cambio de la prima acordada, a abonar al beneficiario o al asegurado (según los casos), las cantidades pactadas como indemnización si el asegurado fallece o queda aquejado de una invalidez permanente o temporal como consecuencia de alguno de los accidentes definidos en la póliza. A diferencia del seguro de enfermedad y asistencia sanitaria, que da cobertura directamente al coste del proceso de curación de una enfermedad, el seguro de accidentes está dirigido fundamentalmente a indemnizar las consecuencias del accidente (la muerte o la invalidez

que el accidente produce), pudiendo de modo opcional cubrir también los costes de curación de las lesiones causadas por el accidente (art. 103 LCS).

4.2 Seguros individuales y de grupo o colectivos

Los seguros de personas, cuando los concierne un empresario para sus dependientes y trabajadores, suelen adoptar la forma de seguros de grupo. Frente a los seguros individuales (que hemos estado viendo hasta ahora), los seguros colectivos o de grupo se conciertan por el tomador para una generalidad homogénea de personas definidas por la presencia de una característica común (tener un contrato de trabajo con la empresa “X”, ostentar la condición de socios del club “Z”, de alumnos en un cierto centro educativo, etc.).

- En los seguros colectivos o de grupo el tomador es quien negocia la cobertura y, normalmente, el que paga la prima, aunque esto último no es imprescindible. En todo caso, los asegurados (por ejemplo, los trabajadores de la empresa) podrán sustituir, en su propio interés, al tomador en el pago si éste no lo efectúa (art. 72 LCS).
- Como en cualquier otro seguro, los asegurados tienen que ser informados de su existencia, de la extensión de la cobertura y demás condiciones del contrato, así como de sus derechos dentro del mismo. Es característico de los seguros colectivos o de grupo (aunque no es imprescindible) la existencia de un boletín de adhesión con cuya firma prestan los asegurados su indispensable consentimiento contractual.
- El asegurado es también el que debe cumplir con su deber de declarar las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo asegurado (Capítulo V.4), así como las agravaciones del mismo durante la vigencia del contrato (Capítulo VIII.1).
- Una vez firmado el boletín de adhesión, o presentado su consentimiento de otro modo, cada asegurado tiene derecho a que se le entregue un certificado de seguro, en el cual constarán todas las condiciones de la póliza.
- En caso de ser necesaria la designación de un beneficiario, dicha designación será prerrogativa exclusiva del asegurado, sin perjuicio de que el tomador pueda acordar un beneficiario genérico para el caso de que el asegurado no se manifieste en ningún sentido.
- La obligación del asegurador de pagar la indemnización sólo existirá en el caso de que el asegurado (el trabajador, por ejemplo) afectado pertenezca al colectivo asegurado en el momento de que se produce el siniestro.

- En el mundo empresarial son frecuentes los seguros colectivos o de grupo acordados en convenio colectivo. En estos casos, el empresario está obligado a concertar un seguro en los términos y condiciones impuestas por el convenio. Ello no significa, sin embargo, que (salvo que el asegurador se haya comprometido a cubrir todo lo incluido en el convenio) la entidad aseguradora tenga que sufrir las consecuencias en caso de que el empresario incumpla el convenio colectivo contratando coberturas distintas de las acordadas. En este caso, el asegurador estará sólo obligado a cumplir el contrato de seguro en los términos pactados. Será el empresario que incumple el convenio el que tenga que padecer las consecuencias del incumplimiento.

2.^a parte

¿Qué debo tener en cuenta antes de contratar un seguro?

Natalia Álvarez Lata

Profesor titular de Derecho Civil de la *Universidade da Coruña*

V. LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL EMPRESARIO ANTES DE CONTRATAR EL SEGURO

1 La importancia de la fase anterior a la celebración del contrato

En general, el período previo a la contratación resulta especialmente relevante en cualquier contrato. En el contrato de seguro, esta fase es trascendental en tanto que la información que se obtiene y se proporciona por ambas partes va a comportar la definición de las posiciones de las mismas en el contrato y, especialmente, la del tomador del seguro. No hay que decir que cuanto mayor sea la complejidad económica y jurídica del seguro que se pretenda contratar más importancia cobra esta fase precontractual.

El empresario que contrata el seguro tiene la oportunidad antes de ligarse contractualmente de conocer los términos contractuales, de comparar con otras ofertas e incluso de negociar. Aunque en este sector, dada la naturaleza del contrato de seguro como contrato de adhesión, se parte de la premisa de que el asegurador redacta e impone las condiciones, esta regla se invierte en el caso de que se aseguren grandes riesgos por parte de un empresario con gran capacidad económica; en este supuesto, no hay superioridad ni prevalencia del asegurador y sí hay negociación (o incluso imposición al asegurador) ya directamente ya a través de sus corredores de seguro. En los demás casos, la capacidad de negociación del tomador es mínima, por lo menos en las condiciones generales, pero podrá, en ciertos casos, regatear con las condiciones particulares y negociar las que más le convengan, adaptándolas a sus circunstancias. En cualquier caso, aunque su posición en esta fase precontractual se redujera a aceptar o rechazar el contrato en bloque (*tómalo o déjalo*), no es por ello menos crucial en cuanto podrá comparar con otras ofertas y ligarse a la que más le convenga.

Asimismo, esta fase resulta decisiva para el asegurador: tiene la oportunidad de explicar su producto al tomador, de convencer al futuro contratante, de mejorar otras ofertas, y, por supuesto, de informarse también de las circunstancias que rodean al tomador y que son necesarias para la concreción del riesgo.

Por tanto, exista o no capacidad real de negociación por parte del empresario, la importancia de la fase anterior a la celebración del contrato se resume en una idea clave: información recíproca y conocimiento de las posiciones que se asumen. Información que se recaba del asegurador o de otros sujetos (mediadores) por parte del empresario; información que el asegurador recibe del tomador y que permite un mejor diseño del producto final. Es una fase de colaboración

activa entre las partes, sustentada en la buena fe, en la que se asienta un eficiente funcionamiento del seguro.



Las palabras de la imagen resumen los objetivos de esta fase contractual. No es necesario pero en la práctica asegurativa este momento contractual se procesa en diversos pasos o secuencias que derivarán bien en la aceptación por parte de asegurador y empresario que determinará la perfección del contrato, bien en la no conclusión del mismo. De ellas trataremos en los sucesivos epígrafes.



2 El derecho a recibir del mediador información sobre el contrato

En el caso en que el empresario utilice al mediador en sus negociaciones, esta figura es determinante en la canalización de la información. Precisamente, dentro del elenco de actividades que realizan los agentes y corredores de seguros destaca la de **ofrecer información veraz y suficiente en la promoción, oferta y suscripción de los contratos de seguro** y, en general, en toda su actividad de asesoramiento, si la hay. El mediador debe, por lo tanto, servir de filtro al asegurado de los productos asegurativos que hay en el mercado, facilitándole aquéllos que más le convengan a sus intereses y se adapten a sus necesidades, así como ser el punto de referencia para aclarar dudas acerca de las cláusulas de las pólizas y del ejercicio de los derechos del asegurado frente a la aseguradora. Asimismo, en esta fase, podrá preparar y presentar las propuestas del empresario al asegurador —en su caso— y realizar otros trabajos previos a la celebración del contrato entre los tomadores del seguro y el asegurador.

Aun así, hay importantes diferencias entre agentes y corredores de seguros, que determinan que el papel de unos y otros en esta fase contractual sea distinto. Por lo tanto:

- Previamente, el mediador de seguros, antes de la celebración de ese contrato, debe proporcionar al cliente cierta información relacionada con su actividad, que le servirá al tomador para conocer la identidad, grado de independencia y objetividad y actividad que desarrolla y formarse una opinión de qué tipo de relación tendrá con su agente o corredor.
- Si es un agente de seguros, y en tanto que estará vinculado con una o varias aseguradoras, la información que habrá de proporcionar será veraz y suficiente pero focalizada sobre las pólizas que promociona, sin que esté obligado a comparar con otras que existen en el mercado, aunque sean más adaptadas a los intereses del empresario, ni a aconsejarlo. Aun así, habrá de proporcionar la información que sea demandada por el tomador que sirva para explicar las diversas cláusulas y condiciones.
- Si es un corredor de seguros, la información que habrá de proporcionar habrá de ser personalizada y adaptarse a sus intereses, ya que a ellos se debe. Deberá aconsejar a su cliente sobre las cuestiones relacionadas con la contratación de sus seguros, asesorándolo y recomendándole los productos que se adecuen a sus necesidades, siempre de acuerdo con la previa realización de un análisis objetivo del mercado. La obligación de información

se desplegará también, después de que se contrate el seguro, de cara a la renovación y/o modificación de la póliza.



3 El derecho a recibir información del asegurador

Con independencia de lo señalado en el epígrafe anterior, el propio asegurador tiene el deber general de proporcionar información al tomador de seguro acerca de diversos extremos y circunstancias del contrato. La normativa que diseña este deber de información del asegurador lo hace teniendo en cuenta diversas variables, por lo que no es un deber de perfiles únicos. Hay ciertos factores que inciden en la intensidad del deber de información; los más relevantes son: el carácter de persona física del tomador; la existencia de circunstancias sensibles o peculiares en el contrato (seguro de vida, decesos, seguros colectivos vs. grandes riesgos) y el eventual riesgo que pudiera asumir el tomador del seguro al contratar el seguro (casos de los productos de inversión minorista vinculados o basados en seguros).

Téngase en cuenta asimismo que, por lo general, la información a la que nos referiremos ahora se debe facilitar por escrito o en soporte duradero, ya en la póliza o en el documento de cobertura provisional de forma clara y precisa.

Para todos los seguros y con carácter previo a la celebración del contrato, el asegurador deberá informar:

- sobre el Estado miembro y la autoridad a los que corresponde el control de la actividad de la propia entidad aseguradora, que deberá figurar en la póliza,
- del nombre del Estado miembro en el que esté establecido el domicilio social de la entidad, de su denominación social, de su forma jurídica y de su domicilio social o, en su caso, de la dirección de la sucursal con la que se vaya a celebrar el contrato, y
- sobre la situación financiera y de solvencia del asegurador, regulado en el artículo 80 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, que permita al tomador del seguro acceder con facilidad a esta información.

Si la contratación del seguro se realiza por vía electrónica, el asegurador deberá informar también:

- de los distintos trámites que deben seguirse para celebrar el contrato,
- si el prestador va a archivar el documento electrónico en que se formalice el contrato y si éste va a ser accesible,
- sobre los medios técnicos que pone a su disposición para identificar y corregir errores en la introducción de los datos, y
- de la lengua o lenguas en que podrá formalizarse el contrato.

Para los seguros cuyos tomadores son personas físicas o en los seguros de vida, sea cual sea el perfil del tomador, el asegurador deberá informar:

- sobre la legislación aplicable al contrato, las disposiciones relativas a las reclamaciones que puedan formularse,
- si el tomador del seguro de vida asume el riesgo de la inversión, acerca de que el importe que se va a percibir depende de fluctuaciones en los mercados financieros, ajenos al control del asegurador y cuyos resultados históricos no son indicadores de resultados futuros. Además hay que entregarle un documento precontractual estandarizado, regulado en la Orden ECC/2316/2015, de 4 de noviembre, y
- si el tomador del seguro de vida no asume el riesgo de la inversión, de la rentabilidad esperada de la operación considerando todos los costes.

En los seguros de decesos o seguro de enfermedad, en cualquiera de sus modalidades de cobertura, el asegurador deberá informar:

- sobre los criterios a aplicar para la renovación de la póliza y actualización de las primas en periodos sucesivos, en los términos que se determinen reglamentariamente.

En los **seguros colectivos o de grupo, el asegurador deberá suministrar:**

- la información que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados, con anterioridad a la firma del boletín de adhesión cuando proceda dicha firma o, durante la vigencia del contrato en caso contrario, salvo que dicha obligación sea asumida por el tomador del seguro.

4 El deber del empresario de declarar las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo asegurado: el valor del cuestionario remitido por el asegurador

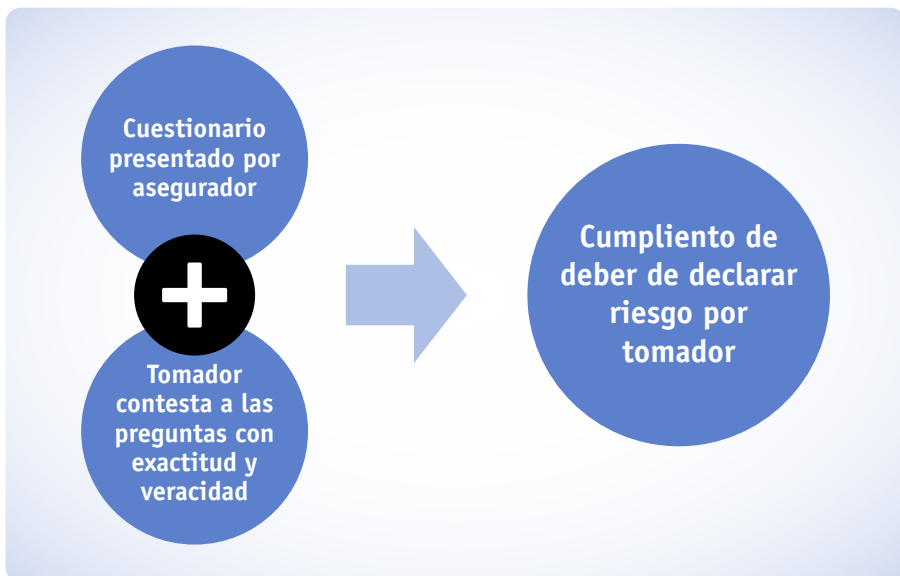
Según la LCS, el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Es así que el empresario habrá de comunicar al asegurador la información pertinente en aras de que aquél pueda concretar y valorar el riesgo que asume y determinar la prima. Se establece para el empresario un deber precontractual de comunicación de las circunstancias relacionadas con el riesgo, que se prolonga también durante la vigencia del contrato, como se verá después.

Así, la exacta y veraz declaración de tales circunstancias es decisiva para la perfección del contrato de seguro, y, por tanto, con carácter general, se entenderá infringido el deber de información o declaración del riesgo cuando la descripción de las circunstancias que han sido tomadas en consideración para la conclusión del contrato, sean inexactas, falsas o hayan sido omitidas y, consiguientemente, no se ajusten al riesgo real

Es obvio que, en la delimitación del riesgo, el asegurador precisa de la cooperación del empresario, que es el único que puede conocer algunas circunstancias y detalles fundamentales. El asegurador, sólo con mucha dificultad y dentro de un ámbito limitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo.

¿Qué información tiene que comunicar el tomador del seguro?

- El deber de declaración del riesgo se traduce en la obligación por parte del tomador del seguro de **cubrir un cuestionario** que tiene que elaborar el asegurador. Si antes el tomador había de declarar todo lo que sabía respecto al riesgo que trataba de desplazar a la aseguradora, ahora, tras la reforma de la LCS, es claro que el deber se ciñe a dar cumplida respuesta al cuestionario.
- Es el asegurador sobre quien pesa la carga de preguntar incorporando aquellas cuestiones y circunstancias que considere relevantes, según la clase de seguro, a los efectos de calcular el riesgo y fijar la prima. Las preguntas deben ser claras y concretas, y no imprecisas, genéricas, poco claras que propicien por parte del asegurado respuestas ambiguas.
- El tomador ha de responder con exactitud y veracidad a las preguntas planteadas en el cuestionario, pero no tiene la obligación de aportar información acerca de datos sobre los que no fue consultado, aunque considere que son relevantes. Por tanto el tomador queda exonerado de dar información si el asegurador no le somete a cuestionario o cuando aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que no estén comprendidas en él.
- En fin, el cumplimiento del deber de declaración del riesgo por parte del tomador del seguro queda condicionado al correlativo deber de diligencia por parte del asegurador consistente en la presentación de un cuestionario detallado donde se recojan de forma clara y precisa los datos requeridos.



¿Qué pasa si hay reservas o inexactitudes del tomador en el cuestionario?

Si el tomador incumple su deber en los términos vistos, el asegurador puede resolver el contrato en el plazo de un mes desde que conozca la reserva o inexactitud del tomador del seguro. El asegurador debe ejercitar dicha facultad mediante declaración por escrito en ese plazo (que es de caducidad: transcurrido el mes, se extingue la posibilidad de denuncia del contrato por esa causa). En el caso en que se resuelva el contrato, corresponderán al asegurador las primas relativas al período en curso en el momento en que haga dicha declaración, salvo que exista dolo o culpa grave por parte del asegurador (art. 10.2.º LCS).

¿Y si sobreviene el siniestro asegurado antes de que el asegurador haga la declaración de resolución contractual?

La prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo (art. 10 últ. párrafo LCS). Por tanto, el asegurado no queda desprotegido totalmente antes el siniestro, con la excepción de que concurriera culpa grave o dolo por parte del tomador, en cuyo caso el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

¿Qué son las cláusulas de incontestabilidad?

Es posible que los efectos jurídicos previstos en caso de incumplimiento del deber del tomador de contestar el formulario se modulen por el asegurador, para evitar o reducir el alcance de las consecuencias del art. 10 en los casos en que el asegurado ignora la información debida. Normalmente se hará a través de la denominadas «cláusulas de incontestabilidad» por las cuales el asegurador renuncia, por lo general a partir de un plazo determinado —el plazo de incontestabilidad—, a los efectos previstos en el art. 10 en caso de que existieran inexactitudes en la declaración del riesgo. Pese a su licitud —piénsese que son beneficiosas para el asegurado—, el límite vendría representado por los arts. 1102 CC y 89 LCS por el dolo del tomador, ya que, como es sabido, no cabe la exclusión de responsabilidad anticipada en caso de dolo.

3.^a parte

¿Cuándo empiezo a estar cubierto por el seguro y con qué extensión?

Natalia Álvarez Lata

Profesor titular de Derecho Civil de la *Universidade da Coruña*

VI. ¿EN QUÉ MOMENTO SE ENTIENDE QUE HE CONTRATADO UN SEGURO?

1 La publicidad y las ofertas de las compañías aseguradoras: la proposición de contrato

El mercado asegurativo está repleto de modalidades de productos y servicios que se actualizan constantemente y que han de ser dadas a conocer a los potenciales clientes, entre ellos, los empresarios que pretenden asegurar su riesgo. Para ello se vale de la **publicidad** a través de todas las formas y medios de comunicación, que habrá de ajustarse a las reglas generales en la materia. Entre otros aspectos, la publicidad que se realice deberá transmitir a sus destinatarios una información veraz, eficaz y suficiente sobre las características esenciales de la operación, servicio o producto de seguros y, al menos, tendrá que cumplir los requisitos siguientes:

- Identificación de la entidad aseguradora que asume la cobertura de los riesgos o compromisos, destacada de forma suficiente mediante nombres comerciales o marcas, salvo que éstas puedan inducir a confusión, en cuyo caso se empleará la denominación social.
- Indicación del tipo de contrato de seguro que se oferta.
- Si se realiza *on line*, habrá que cumplir los requisitos de las normas especiales que se tratan en el epígrafe 2 de este punto VI.

Al margen de campañas publicitarias en masa u otro tipo de envíos publicitarios *ad hoc*, en atención a las características del futuro tomador, durante esta etapa precontractual, las comunicaciones entre tomador y asegurador pueden ser variadas y los efectos de las diversas declaraciones son asimismo diferentes. Ocurre frecuentemente que el empresario, animado por el mediador o por el propio asegurador, le propone al asegurador una oferta, en la que se plantean sus demandas con respecto a la asegurabilidad de un riesgo. Es lo que se denomina **solicitud de seguro**, que, sin embargo, no constituye una verdadera oferta contractual del tomador al asegurador, ya que no le vincula, tal y como establece la propia LCS. Es más bien una petición de aseguramiento o incluso una petición de información más concreta y ajustada a sus circunstancias respecto de algún producto en particular de los ofertados por el asegurador. Además, la solicitud no podrá vincular en tanto que carece de los elementos esenciales del contrato —entre ellos, la prima—. Tampoco el asegurador queda obligado por la solicitud del proponente, sino que lógicamente es libre de aceptarla o rechazarla.

Ahora bien, si se acepta y se formaliza la relación contractual entre el asegurador y el empresario como consecuencia de esa solicitud de seguro, la Ley permite a las partes que los efectos de ese contrato de seguro se retrotraigan al momento en que se formuló la solicitud. Asimismo, en algunos ámbitos asegurativos obligatorios, ciertas normas establecen el efecto de cobertura provisional del riesgo respecto de la solicitud de seguro obligatorio dirigida por el futuro tomador a la entidad, una vez diligenciada por ésta o su agente.

La **proposición de seguro**, en cambio, representa una verdadera oferta contractual, que vinculará al oferente en el plazo de quince días (art. 6.1 LCS), plazo que puede ser alargado convencionalmente. Pero transcurrido dicho período, la oferta caducará y la aceptación del tomador, si se produce, sería intempestiva y carente de efectos.

Como es una auténtica oferta, ha de contener todos los elementos esenciales del contrato, por lo que si no los contiene no será una proposición de seguro en sentido propio. La aceptación por el tomador en el tiempo en que está vigente la proposición de seguro determina la perfección del contrato de seguro y su plena producción de efectos; nada obsta para que en ese tiempo se modifique o añada alguna cláusula, para llegar a las condiciones definitivas del contrato.

PUBLICIDAD COMERCIAL

- A través de campañas y otras comunicaciones.
- Ha de contener las menciones identificativas del producto.
- Lo publicitado es vinculante para el asegurador.

SOLICITUD DE SEGURO

- Del empresario/mediador al asegurador.
- No contiene elementos esenciales.
- No es vinculante.

PROPOSICIÓN DE SEGURO

- Del asegurador al asegurado.
- Contiene elementos esenciales de contrato.
- Verdadera oferta contractual: vinculante para asegurador.

A pesar de que la proposición de seguro ha de contener los elementos del contrato, podrá ocurrir que el contenido de la póliza difiera en algún punto de

la proposición de seguro. En esta hipótesis, el empresario podrá reclamar a la aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza. Lo establecido en este párrafo se insertará en toda póliza del contrato de seguro.

Como en el caso de la solicitud de seguro, la LCS permite a las partes que los efectos del contrato de seguro que se perfecciona tras la proposición de seguro se retrotraigan a la fecha de dicha proposición.

2 La contratación en línea (*on-line*) de los seguros

Cuando la contratación del seguro (y/o su previa oferta) se realiza por vía electrónica existen algunas reglas específicas que se aplican de forma complementaria a las que regulan la contratación del seguro de manera presencial o no electrónica. Proceden de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico. Téngase en cuenta que para que sea válida la celebración de contratos por vía electrónica no será necesario el previo acuerdo de las partes sobre la utilización de medios electrónicos.

Partimos de la premisa, como no puede ser de otro modo, de que los contratos celebrados por vía electrónica producen **los mismos efectos** que los que no se celebren de esta manera. La especialidad en esta modalidad de contratación radica en la activación de ciertos mecanismos y previsiones tendentes, sobre todo, a que no haya duda de que el tomador ha prestado el consentimiento y ha aceptado la oferta y de que se cumplen los demás requisitos de validez del seguro.

A continuación se especifican las **reglas especiales** que se aplican en la hipótesis de contratación del seguro por vía electrónica, a las distintas fases del contrato:

1 Publicidad y fase precontractual:

- Las comunicaciones comerciales realizadas por vía electrónica deberán ser claramente identificables como tales, y la persona física o jurídica en nombre de la cual se realizan también deberá ser claramente identificable.
- Salvo que exista relación previa entre asegurador y empresario, queda prohibido el envío de comunicaciones publicitarias o promocionales por correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica equivalente

que previamente no hubieran sido solicitadas o expresamente autorizadas por el empresario —que en cualquier momento puede revocar el consentimiento—.

- Antes de iniciar el procedimiento de contratación y salvo que el empresario le revele de esta obligación, el asegurador de forma permanente, fácil y gratuita, habrá de informar sobre los siguientes extremos:
 - » Los distintos trámites que deben seguirse para celebrar el contrato.
 - » Si el prestador va a archivar el documento electrónico en que se formalice el contrato y si éste va a ser accesible.
 - » Los medios técnicos que pone a su disposición para identificar y corregir errores en la introducción de los datos, y;
 - » la lengua o lenguas en que podrá formalizarse el contrato.
- Las ofertas o propuestas de contratación realizadas por vía electrónica serán válidas durante el período que fije el oferente o, en su defecto, durante todo el tiempo que permanezcan accesibles a los destinatarios del servicio.
- Con carácter previo al inicio del procedimiento de contratación, el prestador de servicios deberá poner a disposición del destinatario las condiciones generales a que, en su caso, deba sujetarse el contrato, de manera que éstas puedan ser almacenadas y reproducidas por el destinatario.

2 En la fase propiamente contractual:

- La regla general es que en los contratos celebrados mediante dispositivos automáticos **hay consentimiento desde que se manifiesta la aceptación**.
- En general —salvo que lo acuerden las partes— algunas ocasiones, como cautela específica, el oferente (en nuestro caso, el empresario, en la mayoría de los casos) está obligado a **confirmar la recepción de la aceptación** al que la hizo por alguno de los siguientes medios:
 - » envío de un acuse de recibo por correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica equivalente a la dirección que el aceptante haya señalado, en el plazo de las veinticuatro horas siguientes a la recepción de la aceptación;
 - » confirmación, por un medio equivalente al utilizado en el procedimiento de contratación, de la aceptación recibida, tan pronto como

el aceptante haya completado dicho procedimiento, siempre que la confirmación pueda ser archivada por su destinatario).

- Los contratos electrónicos entre empresarios o profesionales, en defecto de pacto entre las partes, se presumirán celebrados en el **lugar en que esté establecido el prestador de servicios**.

3 El documento de cobertura provisional

Aunque el contrato de seguro no es un contrato formal, la LCS le concede importancia extraordinaria a su aspecto documental. Por ejemplo, prevé que ciertas obligaciones (como la de información) se canalicen a través de la forma escrita (o de un soporte electrónico, cuando sea el caso). Por esta razón y por otras cuestiones (facilitación de la existencia del contrato mismo; función de legitimación y titulación), se explica la obligación que tiene el asegurador de entregar al tomador del seguro un ejemplar de la póliza o, cuando menos, del documento de cobertura provisional.

El **documento de cobertura provisional** es un documento de cobertura transitorio o temporal que tiene los mismos efectos de la póliza, en tanto no se recibe la misma y, con esa provisionalidad, cumple sus funciones: el tomador tendrá conocimiento del contenido del contrato y hará prueba de su existencia. Al margen de ciertas referencias (vgr. art. 5 LCS), la Ley no establece los requisitos y contenido mínimo que haya de cumplir el documento de cobertura provisional. En cualquier caso, es necesario que el documento incorpore los elementos esenciales del contrato de seguro y las informaciones y contenidos que son obligatorios según la legislación vigente, dependiendo de cada tipo de contrato.

La entrega del documento de cobertura provisional no exonera al asegurador de la entrega de la póliza, que representa la formalización definitiva de ese contrato de seguro. El empresario podrá exigirle al asegurador su entrega; mientras no se le facilite, el asegurador estará obligado a proporcionarle al tomador o al asegurado, en su caso, los documentos que pueda precisar, como por ejemplo un certificado que acredite la existencia del seguro.

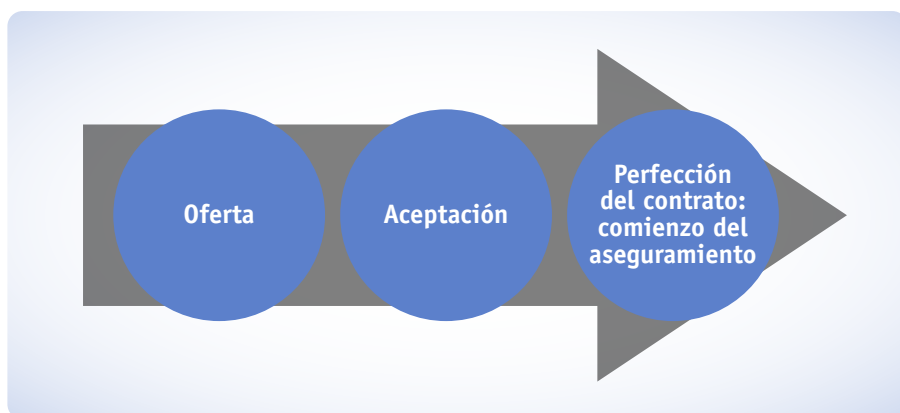
Parecido es el concepto de *contrato de cobertura provisional*, que es otro contrato, que precede al que será el definitivo, pero que es distinto de él, y constituye un verdadero y autónomo contrato de seguro, pese a que nace para cubrir un tiempo de espera y que será sustituido por el definitivo.

4 ¿Existe seguro antes de firmar la póliza?

Por regla general, y como contrato consensual que es, la **perfección del contrato de seguro** tiene lugar con el concurso entre oferta y la aceptación; esto es, con el concurso o coincidencia de los consentimientos del asegurador y tomador respecto del objeto del contrato. Este punto marca el nacimiento del contrato de seguro y el momento en que se despliegan sus efectos. Normalmente, las partes deciden que ese concurso de consentimientos se represente en la firma de la póliza, por lo que, en estos casos, el aseguramiento comenzará desde la fecha en que se firme la póliza, fecha que deberá constar de modo fehaciente en ese documento contractual. En los seguros contratados on-line, como vimos, hay consentimiento desde que se manifiesta la aceptación, con la necesidad de que sea confirmado por el receptor.

Por lo tanto, y siempre que se pueda probar, es posible que exista perfección del contrato (y plenos efectos del mismo) desde un momento anterior a la firma de la póliza (incluso, independientemente de que ésta se llegue a firmar) mediante aceptaciones tácitas —hechos concluyentes— o expresas por el tomador. Es el caso de que el tomador pague la prima del contrato o se pueda acreditar la aceptación incluso verbal del tomador.

Además, ya se ha visto antes, que tanto en el caso de que haya existido solicitud de seguro como cuando hay proposición de seguro, las partes podrán **anticipar los efectos del contrato de seguro** al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición. Este escenario constituye otra hipótesis en la hay aseguramiento antes de firmar la póliza.



5 Pólizas nominativas, a la orden y al portador

Al margen de su valor probatorio del contrato de seguro, la póliza tiene una indudable **función de legitimación**, ya que posibilita a su titular o a su tenedor el ejercicio de los derechos frente a la aseguradora, siendo que aparecerá como legitimado ante el asegurador para percibir el derecho a la indemnización o para ejercitar otro derecho la persona que esté designada en el título o aquella a la que se haya transmitido en la forma determinada por la ley.

En atención a este valor, la propia LCS establece la posibilidad de que la póliza del seguro se emita nominativamente, a la orden o al portador. Con todo, la póliza no es un título valor, sino un título impropio: a) porque el asegurado/tomador podrá probar la titularidad de ese derecho por otros medios; b) porque la póliza no tiene una fundamentación constitutiva del derecho del titular, y c) porque el deudor podrá oponer a ese titular las excepciones que hubiera podido alegar contra el cedente de la póliza, de modo que no se producirá una autonomía de los sucesivos titulares de la póliza.

La **póliza nominativa** es la que se emite con nombre y apellidos del asegurado. Es la modalidad general, y lo normal es que el asegurado sea designado en la póliza. En las **pólizas al portador** la condición de asegurado se hace depender de la posesión de la póliza. En las **pólizas a la orden** tendrá esa condición el endosatario, siempre que exista una cadena regular de endosos.

Las diferencias funcionales entre estos tipos de pólizas se presentan en dos planos, fundamentalmente:

- A la hora de ejercitar los derechos que derivan del contrato de seguro: en el caso de las pólizas nominativas, estará legitimado el designado como tal en la póliza, mientras que el tenedor de la póliza será el legitimado en los otros casos.
- En la transmisión de la póliza, ya que el régimen de transmisión para el supuesto de pólizas nominativas difiere notablemente del resto y es más restrictivo, necesitando normalmente del consentimiento del asegurador para que opere la subrogación en la persona del asegurado (ya sea porque puede incluso excluirse esta posibilidad o porque tiene una facultad de oponerse a esa transmisión; cfr. arts. 9 y 34 LCS). Sin embargo, en el caso de las pólizas al portador y a la orden, su emisión facilita en sí misma la transmisión de la póliza y se entiende que el asegurador acepta la sustitución del asegurado (mediante entrega de la póliza o endoso) sin necesidad de comunicárselo al asegurador.

6 Pólizas individuales y flotantes: el certificado de seguros

Las **pólizas individuales** son aquellas que se utilizan para cada operación de seguro y se corresponden con un contrato de seguro, independientemente de que la cobertura sea de uno o más riesgos.

Frente a la póliza convencional, las **pólizas flotantes** se caracterizan por su flexibilidad. Podrían conceptuarse como pólizas abiertas, en las que el asegurador establece, sobre la base de ciertos factores especiales y variables del riesgo cubierto, un aseguramiento genérico, abierto y anticipado que se va concretando dentro de ciertos límites temporales y condiciones pactadas, evitando situaciones de descubiertos de cobertura. Así durante el período delimitado y con los requisitos que se pactan, el contrato cubre los intereses asegurados al tiempo que van surgiendo y quedan expuestos al riesgo asegurado. Un ejemplo de póliza flotante es el de la póliza de incendios de las mercancías depositadas en un almacén (varían las mercancías depositadas), o la colectiva de accidentes de los trabajadores de una empresa (hay altas y bajas del personal). Asimismo, el ámbito de los seguros de transporte y marítimo son muy propicios a este tipo de pólizas, que simplifican mucho los trámites en operaciones de importancia y exportación de mercancías.

La LCS sólo hace referencia a la póliza flotante para señalar que se habrá de especificar en la póliza la forma en que debe hacerse la **declaración del abono**. La declaración de abono o alimento es la comunicación que realiza el tomador al asegurador, generalmente a posteriori, para actualizar el valor asegurable, señalando cuales son los bienes, objetos que van siendo o que han sido objeto de cobertura.

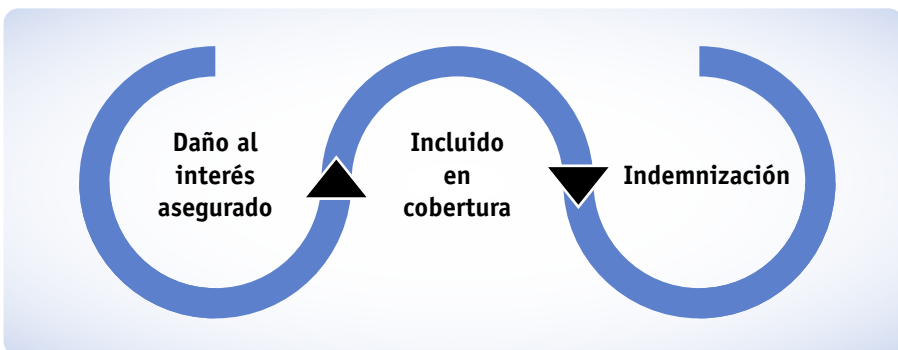


En las pólizas flotantes, dado su peculiar funcionamiento, el asegurador acredita la cobertura del contrato respecto del riesgo asegurado a través del **certificado de seguros**. Se trata de un documento emitido por el asegurador, y firmado por él, en el que se indica que se ha suscrito una póliza y se especifica el riesgo al que se le da cobertura el seguro. El certificado de seguros también es habitual en los seguros colectivos, en los que constituye, normalmente, el único documento que tiene cada asegurado que remite a las condiciones generales de la póliza suscrita y contiene las condiciones particulares que afectan a ese sujeto.

VII. ¿CÓMO PUEDO SABER SI UN SINIESTRO ESTÁ CUBIERTO O NO POR UN SEGURO?

1 La producción del siniestro y las cláusulas de cobertura

La obligación de indemnización por parte del asegurador surge en el caso de que se dé una doble condición: que se haya producido un daño al interés asegurado que esté cubierto por póliza. En otras palabras, ha de concurrir un **siniestro**, que es precisamente aquel daño al interés asegurado que tenga origen en uno de los riesgos cubiertos por la póliza.



Acaecido el daño, se ha de comprobar que dicho evento cae dentro de la órbita del riesgo incluido en el contrato de seguro en vigor y que no está afectado por ninguna de las exclusiones o limitaciones de la cobertura de la póliza. Se hace necesario, por tanto, el análisis de las **cláusulas de cobertura de la póliza**.

Por indicación del art. 8 LCS, la póliza tiene un contenido mínimo y obligatorio (identificación de las partes; concepto en que se asegura; riesgo cubierto;

designación de los objetos asegurados; suma asegurada o alcance de la cobertura; importe de la prima y su vencimiento, lugar y forma de pago; duración del contrato; identificación del mediador, si es el caso). Entre estas menciones, destacan las cláusulas relativas a la cobertura de la póliza:

- a) Se ha de determinar la suma asegurada o el alcance de la cobertura, es decir, el **límite máximo** que el asegurador podrá pagar en caso de siniestro.

Asegurador y tomador tendrán autonomía a la hora de fijar este montante, teniendo en cuenta que a mayor cobertura mayor será también el coste de la prima, por lo que se trata de diseñar una cobertura razonable y eficiente, que se ajuste al ámbito de la actividad del empresario y a su potencial peligrosidad. No obstante, en ocasiones este límite viene impuesto legal — ciertas normas que regulan actividades establecen límites mínimos o máximos de cobertura de los seguros— o convencionalmente — puede ocurrir que los pliegos de condiciones obliguen a la empresa, contractualmente, a tener un mínimo determinado de cobertura—.

- b) Al delimitar la naturaleza del riesgo cubierto, se han de describir en la póliza, de forma clara y comprensible, las **garantías y coberturas** otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las **exclusiones y limitaciones** que les afecten destacadas tipográficamente.

Por tanto, la cobertura no sólo se delimita cuantitativamente sino, de manera positiva, a través de las coberturas específicamente incluidas y, de manera negativa, de las exclusiones y limitaciones de dicha cobertura.

En primer término, hay que determinar **qué es lo que está incluido en la cobertura**: a lo largo del condicionado se ha de proceder a la descripción del hecho/s que, de verificarse el siniestro, origina o causa la obligación de indemnizar. La determinación desde esta perspectiva inclusiva se realiza generalmente atendiendo sobre todo a las causas que producen ese siniestro (sólo los siniestros acaecidos por x causas), a factores temporales (en cierto momento) y espaciales o geográficos (cobertura de los daños que se produzcan en este ámbito espacial). Pero hay también circunstancias accesorias que proceden a la delimitación del riesgo que variarán la indemnización que resulte finalmente (si se incluyen o no ciertos gastos, como los gastos de defensa).

Paralelamente, las **cláusulas de exclusión y limitación de la cobertura** delimitan desde un punto de vista negativo la cobertura del contrato, concretando el objeto del contrato desde una perspectiva negativa. En tanto que definen su objeto, son válidas; pero han de estar destacadas tipográficamente, para que el tomador pueda percatarse de su existencia en el clausulado.

Las cláusulas de exclusión y limitación son de lo más variopintas y su utilización y frecuencia viene muy condicionada por el tipo de seguro de que se trate. En todo caso, estas cláusulas marcan el perímetro del riesgo para ese contrato eliminando total o parcialmente hechos que lo pudieran provocar o circunstancias que pueden influir en él. Su objetivo es excluir o limitar la indemnización en el caso de que el evento dañoso sea provocado por alguna causa en concreto o por alguna persona determinada o concurriendo alguna otra circunstancia. La cobertura también se puede desplazar temporalmente a través de las conocidas cláusulas *claim made* que circunscriben la cobertura del asegurador a los supuestos en que la reclamación del perjudicado tenga lugar durante el período de vigencia de la póliza.

2 La obligación de hablar claro del asegurador: cláusulas claras, sencillas y transparentes

Los contratos de seguros están sometidos a ciertos requisitos relacionados con la forma en que se redactan las cláusulas; es lo que se conoce como los requisitos de transparencia e inclusión. En el caso de que todo o parte del clausulado de un contrato no cumpla las condiciones de claridad, sencillez y transparencia se entenderá que no forma parte de dicho contrato y no obligará, con independencia de cuál sea su contenido. El legislador exige, en primer lugar, que el asegurador redacte las cláusulas de manera que se entiendan, para que constituyan contenido contractual. Luego, como veremos, establece unos requisitos de contenido.

Buena parte de los requisitos de inclusión y de contenido están en la propia normativa de seguros; pero también hay que tener en cuenta los dictados de normas generales de contratación, en especial, los de la LCGC, que determina las condiciones mínimas que deben cumplir los clausulados de los contratos que sean de condiciones generales, que es el caso del contrato de seguro.

Teniendo en cuenta esas referencias normativas, y por lo que se refiere a los requisitos de inclusión o incorporación, las directrices son las siguientes:

- 1.º) El empresario ha de **conocer** las condiciones generales del contrato, y para eso se le han de entregar efectivamente dichas condiciones ya a través de la proposición de seguro, si la hubo, y siempre en la póliza o documento complementario. Por lo general, entretanto el asegurador no haya facilitado al tomador un ejemplar de la póliza no podrá entenderse que ha habido aceptación del contrato.

- 2.º) Las condiciones generales y particulares han de estar **redactadas con claridad, sencillez y precisión**, lo que no sólo implica que sean entendibles (redacción de forma que sea de fácil comprensión) sino también que se puedan leer, lo que excluye la denominada «letra pequeña».
- 3.º) En caso de **extravío de la póliza**, el asegurador, a petición del tomador del seguro o, en su defecto, del asegurado o beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar al asegurador de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero

¿Qué ocurre cuando se incumplen estos requisitos?

- Las cláusulas que no cumplan estos requisitos no quedan incorporadas al contrato, no constituyendo, en puridad, contenido contractual.
- En caso de cláusulas oscuras o poco claras, las dudas interpretativas han de resolverse en contra de quien las redactó, o sea, en contra del asegurador, en aplicación de la regla *contra proferentem*.
- En general, las dudas que puedan surgir del contrato de seguro deben ser resueltas aplicando el principio *in dubio pro asegurado*.

3 ¿Qué es una franquicia y un sublímite?

Se entiende por **franquicia deducible** la cantidad inicial pactada en el contrato que el asegurado pagará o que dejará de percibir del asegurador, en caso de siniestro que se produzca durante la vigencia del seguro. Así las cosas, en los seguros que se pacta una franquicia, el asegurado deducirá el importe de la franquicia de la indemnización que sería debida, en caso de no existir dicha franquicia, en cada uno de los siniestros que se produzcan, tal y como se explica en el ejemplo:

Franquicia deducible	200 euros
Valor del siniestro	2.000 euros
Indemnización percibida por el asegurado	1.800 euros

Al lado de la franquicia deducible, la **franquicia pura** opera de modo diferente. En ella, el asegurador no indemnizará en caso de que el siniestro no sobrepase la franquicia estipulada (en este sentido, ocurre lo mismo que con la franquicia deducible); pero si el siniestro sobrepasa la franquicia, el asegurador se hace cargo de la indemnización total, sin que se proceda a deducción alguna. Así las cosas:

Franquicia pura	200 euros
Valor del siniestro	2.000 euros
Indemnización percibida por el asegurado	2.000 euros

Franquicia pura	200 euros
Valor del siniestro	200 euros
Indemnización percibida por el asegurado	0 euros

La contrapartida de la franquicia, sea cual sea la modalidad, se traduce en la rebaja de la prima del seguro, que podrá resultar un incentivo y compensar al asegurado. Con todo, no siempre es eficiente contratar una franquicia, a pesar de la rebaja en la prima, y el empresario habrá de analizar el supuesto concreto (número de siniestros e intensidad de los mismos al año; rebaja de la prima por tener la franquicia; régimen de bonificación, etc.). En cualquier caso, la franquicia pretende la reducción de los siniestros o, por lo menos, de las declaraciones de los siniestros, y aminorar los costes para las partes.

Los **sublímites** son topes indemnizatorios que se establecen para algunos siniestros, que operan como límites a la propia cobertura del seguro. Cada siniestro puede dar lugar a varios sublímites (ej.: por víctima, por gastos de montaje, por daños materiales .) que forman parte de la suma asegurada y se van descontando de ella.

- Ejemplo de cláusula en la que se fijan sublímites:

“Suma asegurada y sublímites. La suma asegurada máxima a indemnizar por daños materiales, personales y sus consecuencias por siniestro para el conjunto de todas las garantías asciende a: 6.000.000 euros.

Se establecen los siguientes sublímites de la suma asegurada que forman parte de la suma asegurada máxima a indemnizar antes indicada.

- » Sublímite máximo a indemnizar por víctima en accidente laboral: 150.000 euros.
- » Sublímite máximo a indemnizar para gastos de montaje y desmontaje por siniestro: 420.000 euros”

A veces los sublímites los marca la ley, muchas veces para fijar sublímites mínimos. Por ejemplo, algunos reglamentos de espectáculos públicos exigen que los empresarios del ramo contraten seguros con pólizas que establezcan **sublímite** mínimo por víctima de 150.000 €.

4 No todo vale a la hora de delimitar la cobertura: cláusulas delimitadoras, cláusulas limitativas y cláusulas lesivas

Son **cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados** las cláusulas que limitan, tanto en condiciones generales como particulares, de algún modo los derechos que la ley reconoce a los asegurados, siempre que no se trate de derechos imperativos. Es decir, cabe incluir en la póliza —con los requisitos que veremos— cláusulas que limiten los derechos siempre que sean derechos que la ley permite modificar o modular. *A contrario*, las cláusulas limitativas que afecten a derechos imperativos son nulas.

Así, por ejemplo:

- no cabe limitar el derecho del asegurado a recibir la información que la Ley establece ni tampoco a que se le entregue la póliza —son derechos imperativos—;
- sí se puede limitar, en determinadas condiciones:
 - » el derecho a no desembolsar los gastos dirigidos a aminorar las consecuencias de siniestro;
 - » el modo de que se gestione o presente la reclamación del siniestro, por ejemplo, a través de las conocidas cláusulas *claim made* que circunscriben la cobertura del asegurador a los supuestos en que la reclamación del perjudicado tenga lugar durante el período de vigencia de la póliza;
 - » el derecho del asegurado a la indemnización o a la prestación garantizada en el contrato, una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido.

En el caso de las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, el art. 3 de la LCS exige el cumplimiento de **dos requisitos de índole formal** tendientes a llamar la atención del tomador del seguro a fin de que quede advertido de su inclusión:

- **Han de destacarse de modo especial** dentro del contrato. Se exige que sobresalgan en cierta medida en la póliza, diferenciándose del resto de las condiciones mediante un tratamiento gráfico o material diverso: tamaño de letra distinto, el subrayado o el diferente color.
- **Han de resultar específicamente aprobadas por escrito** por el asegurado. Se necesita una adhesión específica como garantía de que ha quedado impuesto a las mismas y que las asume con plenitud de conocimiento. Es lo que conoce como requisito de la «doble firma».

Íntimamente relacionadas con las anteriores, las denominadas **cláusulas delimitadoras o delimitativas del contrato o del riesgo** definen con precisión la cobertura del seguro, delimitando el objeto del contrato. Como ya se vio antes, su objetivo es excluir o limitar la indemnización en el caso de que el evento dañoso sea provocado por alguna causa en concreto o por alguna persona determinada o concurriendo alguna otra circunstancia. Las cláusulas delimitadoras del riesgo son, pues, aquellas mediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando qué riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla.

A pesar de que podrían entenderse como un subtipo de las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, se ha venido diferenciando tradicionalmente el tratamiento en la póliza de unas y otras, en tanto que el objetivo de estas cláusulas delimitadoras es la determinación del riesgo y no la limitación de los derechos. Por tanto, las cláusulas referidas a la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada o contratada quedan sometidas al régimen de aceptación genérica —no es necesario que resulten específicamente aprobadas por escrito— pero sí han de estar **destacadas tipográficamente en la póliza** (art. 8.3 LCS).

Con todo, a veces la diferencia entre unas y otras es compleja. Los tribunales han entendido que si se delimita el riesgo de forma contradictoria con las cláusulas particulares o con las cláusulas introductorias o *de manera sorprendente o inusual* —por no poder calificarse de normal o frecuente la restricción que impone en la práctica aseguradora— vendría a convertirse la cláusula delimitadora en una cláusula limitativa de los derechos del asegurado

y estaría sometida a los requisitos esenciales de aceptación y firma para su validez contractual.

Las **cláusulas lesivas** no están definidas en la Ley, que simplemente dice que serán nulas en todo caso. Por tanto, representan un paso más respecto de las limitativas que sí pueden tener validez si cumplen los requisitos vistos. Entran en este ámbito las cláusulas, que supongan una evidente desproporción, sin justificación, entre las prestaciones de ambas partes, esto es, una especial onerosidad a cargo del asegurado que le genera un daño a su interés contractual, aunque no haya una norma que prohíba estas condiciones expresamente. Por ejemplo, será lesiva (y, por tanto, nula) la cláusula que establezca que el asegurador podrá modificar el límite de la cobertura durante el período de vigencia del contrato, o la cláusula que prevé la exclusión de las incapacidades producidas a consecuencia de enfermedades o accidentes “originados” con anterioridad a la entrada en vigor del contrato, en tanto que prescinde del carácter aleatorio del seguro, o la que exige al asegurado el cumplimiento de obligaciones adicionales muy onerosas para obtener la indemnización.

En todo caso, las **cláusulas ilícitas** —contrarias a cualquier norma imperativa reguladora del contrato de seguro— serán también nulas de pleno derecho.

CLAUSULAS DELIMITADORAS DEL CONTRATO

- Definen el riesgo y la cobertura.
- Deben destacarse tipográficamente en la póliza.

CLAUSULAS LIMITATIVAS DE DERECHOS

- Limitan derechos no imperativos.
- Deben destacarse de modo especial y aprobarse específicamente por escrito.

CLAUSULAS LESIVAS

- Ocasionan un daño al asegurado.
- Nulas en todo caso.

¿Qué pasa si una cláusula es lesiva o no cumple los requisitos analizados para las limitativas de derechos?

- Control administrativo:

- » Según la LOSSSEAR, los modelos de las pólizas y las condiciones contractuales no están sujetas a autorización administrativa de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- » Pero la DGSFP puede requerir la presentación de los modelos de pólizas y de las condiciones contractuales, siempre que lo entienda pertinente, para controlar si respetan los principios actuariales y las disposiciones contenidas en la Ley.
- Control judicial:
 - » El empresario que aprecie la existencia de una cláusula que no cumpla los requisitos analizados puede ejercitar la acción de nulidad, en los tribunales.
 - » Si el Tribunal Supremo declara la nulidad de alguna de las cláusulas de las condiciones generales de un contrato, la Administración Pública competente obligará a los aseguradores a modificar las cláusulas idénticas contenidas en sus pólizas (art. 3.2 LCS).

5 El tiempo durante el que está vigente el seguro

En general, el tiempo de vigencia del seguro es el que fijen las partes en la póliza. Ha de ser un tiempo determinado, pero para su fijación se puede acudir a fórmulas diferentes. Así por ejemplo: dos años desde la fecha de firma de la póliza (seguros a tiempo); plazo en el que el objeto está sometido al riesgo (mercancías transportadas en el seguro de transporte); temporada académica o vigencia del contrato laboral, etc.

El art. 22 LCS establece sólo dos requisitos a la vigencia temporal del seguro:

- No caben seguros de duración indefinida.
- No se puede pactar, en un principio, por un plazo superior a 10 años.

A pesar de estos límites, la propia norma prevé la posibilidad de **prórroga** del contrato de seguro, siempre que se den las siguientes condiciones:

- Que el contrato que se prorrogue se haya pactado por tiempo determinado, con expresión de la fecha en la que comienzan y cesan sus efectos.
- Que se dé por un período no superior a un año cada vez que se prorroga.

- Que el asegurador comunique al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

Las partes pueden **oponerse a la prórroga** del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. Por lo tanto, el empresario podrá oponerse a la prórroga del contrato de seguro notificando al asegurador la negativa a dicha renovación en el plazo de al menos un mes a contar desde el término del contrato. En el caso de que no se haga nada, la prórroga se llevará a efecto.

Dada la relevancia de la facultad de las partes —especialmente para el tomador— de oponerse a la prórroga, la Ley establece que las condiciones y plazos de la oposición a la prórroga de cada parte, o su inoponibilidad, deberán **destacarse** —no sólo mencionarse— en la póliza.

Durante el período de vigencia del contrato de seguro debe producirse el siniestro del que surgirá la obligación de indemnizar a cargo del asegurador. Con todo, ya se vio que la póliza puede contener limitaciones temporales de la cobertura que habrá que analizar para determinar con claridad la vigencia del contrato —por ejemplo, con las denominadas cláusulas *claim made*, en los seguros de responsabilidad civil, del art. 73 LCS—. Producido el siniestro, el asegurado en los seguros sometidos a la LCS tendrá un plazo para reclamar la indemnización debida de dos años, si se trata de seguros de daños, y cinco, si se trata de seguros de personas.

4.^a parte

¿Qué derechos y obligaciones tengo después de contratar el seguro?

José Manuel Busto Lago

Catedrático de Derecho Civil de la *Universidade da Coruña*

VI. EL DERECHO A PERCIBIR LA INDEMNIZACIÓN —O LA PRESTACIÓN CONVENIDA— EN CASO DE SINIESTRO

1 ¿Cuándo surge mi derecho a percibir la indemnización? (triple requisito: siniestro cubierto por un seguro válido y eficaz, vigencia de la póliza y ausencia de causación dolosa del siniestro)

En el momento en el que sobreviene el siniestro cubierto por el contrato de seguro previamente concertado, surge a cargo de la entidad aseguradora la obligación principal que dimana del contrato de seguro: realizar la prestación convenida, que puede ser el pago de una indemnización (desembolso de una suma de dinero en metálico) o consistir en una actuación distinta —en una prestación «*in natura*» (v. gr., prestar un servicio por medios propios o subcontratados por la propia aseguradora [asistencia sanitaria, servicio de taller mecánico y grúa, servicios funerarios —en el caso de seguro de decesos—, prestación de servicios a personas dependientes —seguro de dependencia—, etc.], reparar o reponer el objeto, bien o activo siniestrado, etc.) en función del tipo de seguro ante el que nos encontremos. El nacimiento de esta obligación a cargo de la entidad aseguradora requiere la concurrencia simultánea de las siguientes circunstancias o requisitos:

- 1.º) La existencia de un **contrato de seguro, válido, eficaz y vigente**, que cubra el siniestro acaecido. Es necesario, entonces, que el contrato de seguro válidamente concertado esté dotado de eficacia en el momento en el que acaezca el siniestro, lo que no ocurre, v. gr., en el caso en que el contrato se encuentre suspendido por impago de las sucesivas primas por parte del tomador del seguro (o, en su caso, del asegurado que, como veremos, puede subrogarse en el cumplimiento de esta obligación contractual).
- 2.º) Es necesario que **el siniestro esté amparado o cubierto** por la cobertura que proporciona el contrato de seguro de que se trate. Técnicamente el evento o hecho se conoce como siniestro precisamente cuando está amparado por la cobertura del seguro, lo que permite transferir a la entidad aseguradora las consecuencias negativas que el mismo tiene para el asegurado. Precisamente una de las dificultades mayores que, en la práctica aseguradora, presenta el contrato de seguro radica en determinar si un evento está, o no, contractualmente cubierto por el contrato de seguro, válido y eficaz, previamente concertado.

3.º Por último, es necesario que **no concurra una circunstancia que permita a la entidad aseguradora liberarse de su obligación** o, desde la perspectiva del asegurado, que extinga su derecho a percibir la prestación o indemnización a cargo del asegurador. Estas circunstancias son fundamentalmente las dos que siguen:

- a) Que el asegurado —repárese que la LCS no se refiere al tomador— haya causado de manera intencionada —dolosa, de «*mala fe*» en la expresión utilizada por el art. 19 de la LCS— el siniestro. En relación con esta circunstancia resulta relevante poner de manifiesto que la jurisprudencia de la Sala de lo Civil del TS (*v. gr.*, Sentencia de 16 de abril de 2011) considera que cuando los riesgos generados por un vehículo de motor se encuentren cubiertos por un seguro de responsabilidad civil voluntario, no puede oponerse a la víctima del daño la excepción de dolo del asegurado. De esta forma, los daños ocasionados con la utilización de un vehículo de motor como medio o instrumento de un delito doloso no son oponibles ni excepcionables por la entidad aseguradora frente a la víctima o perjudicado por este delito doloso; sin perjuicio del derecho de la aseguradora de repetir frente al causante del daño (el autor de delito doloso). En efecto, tanto la Sala de lo Civil, como la de lo Penal del TS resuelven la aparente antinomia existente entre la inasegurabilidad del dolo que resulta del art. 19 de la LCS y la cobertura dispensada por el seguro frente a terceros perjudicados —incluso por delitos dolosos—, argumentando sobre la prevalencia del art. 76 de la LCS —que contempla la acción directa del perjudicado frente al asegurador—. La STS 588/2014 precisa que si bien la responsabilidad civil derivada de un hecho intencionado ha de repercutir sobre el asegurado, esto no impide la cobertura de su responsabilidad civil frente a terceros perjudicados. Sobre este argumento se niega la cobertura de los seguros de responsabilidad civil de D&O de las fianzas exigidas a los administradores sociales en el marco de procesos penales seguidos frente a ellos (Auto del JC de Instrucción núm. 3 de la Audiencia Nacional de 11 de enero de 2016 [ARP 2016/7]).

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que no es lo mismo la intencionalidad o el dolo del asegurado que el dolo o la intencionalidad que resulten imputables a las personas de las que el asegurado o el tomador responden civilmente —básicamente sus dependientes y auxiliares, en los términos del art. 1903 del CC—. El dolo o la intencionalidad de estos últimos no resultan relevantes frente a la entidad aseguradora.

- b) Que haya existido dolo o culpa grave en la declaración precontractual del riesgo asegurado. Este supuesto se refiere a la falta de veracidad en la declaración de riesgo por el tomador del seguro en el momento previo a la contratación, siendo aquélla imputable a una conducta de éste dirigida a engañar a la aseguradora o bien realizada con manifiesta falta de diligencia. La falta de veracidad en la declaración del riesgo a la aseguradora requiere que ésta haya solicitado la referida declaración y que el tomado haya actuado de manera intencionada —dolosa— o con manifiesto desprecio de la diligencia y de la lealtad en la realización de la declaración. No tiene relevancia que la declaración sea incorrecta por haber actuado el tomador con una falta de diligencia que pueda considerarse leve o, incluso media, *v. gr.*, por no haber contrastado adecuadamente la veracidad de algunos datos o circunstancias atinentes al riesgo que el tomador no considera relevantes.

DERECHO A PERCIBIR LA INDEMNIZACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA

Contrato vigente,
válido y eficaz

Siniestro
cubierto

Inexistencia de circunstancias que permitan a la aseguradora liberarse de su obligación:

- Ausencia de dolo del asegurado
- Ausencia de dolo o de culpa grave en la declaración de riesgo

Si el siniestro está cubierto por el contrato de seguro y no concurre ninguna circunstancia que permita a la aseguradora liberarse de su obligación, el acaecimiento de aquél determina el nacimiento de la obligación a cargo de la entidad aseguradora. Sin perjuicio de esta regla general, la obligación a cargo de la aseguradora no es inmediatamente líquida y exigible, sino que ésta está obligada a cumplir con su prestación —como regla general, el pago de la indemnización a su cargo— tras la realización de las investigaciones y de las peritaciones que sean necesarias y, en aquellos casos en los que la prestación a cargo del asegurador no está plenamente determinada en el contrato, dispone de un plazo para cuantificar su prestación. Este plazo no está fijado o determinado expresamente en su duración, pues dependerá de las circunstancias concurrentes en cada caso. Sin perjuicio de ello, la LCS obliga a que esta deliberación y liquidación, que ha de realizar la entidad aseguradora, se haga de manera ágil, estableciendo

mecanismos disuasorios de las demoras y de las conductas reticentes al pago, como son los anticipos a cuenta y la obligación de pago de intereses moratorios.

En efecto, en el caso de que la aseguradora no haya completado la liquidación en un plazo de cuarenta días contados desde la fecha de comunicación o declaración del siniestro —o desde que, por otros medios, la aseguradora haya tenido conocimiento del siniestro—, la aseguradora debe pagar una cantidad mínima. Esta cantidad consiste en el pago del importe mínimo de lo que la aseguradora pueda deber, según las circunstancias del siniestro por ella conocidas que dan lugar a la realización de una liquidación provisional. A efectos de determinar este importe mínimo deben de tomarse en consideración únicamente criterios objetivos, cuales son las circunstancias concurrentes en cada siniestro.

2 ¿Qué indemnización recibiré en los seguros de daños? (regla general y análisis de lo que sucede en las diversas situaciones: seguro pleno, sobreseguro, infraseguro, seguro múltiple o cumulativo y coaseguro)

2.1 El acreedor de la indemnización en los seguros de daños

Los seguros de daños tienen un carácter plenamente indemnizatorio, razón por la cual solamente tiene derecho a percibir la indemnización el propietario del bien asegurado, puesto que es el único al que se puede otorgar la calificación de beneficiario del seguro, debido a que si la entidad aseguradora pagase la indemnización a cualquier otra persona distinta del propietario del bien, se produciría un enriquecimiento injusto puesto que, dicha persona no ha sufrido menoscabo o quebranto patrimonial o económico alguno. Cuestión diferente es la que se refiere a los especiales derechos que posee el acreedor titular de una garantía real que grava el bien asegurado sobre la indemnización.

Los derechos de los acreedores hipotecarios sobre las indemnizaciones que correspondan al propietario por razón de los bienes hipotecados se regulan en los arts. 40 a 42 de la LCS. El art. 40 de la LCS regula el alcance de ese derecho, precisando que el derecho de los acreedores hipotecarios, pignoratícios o privilegiados sobre bienes especialmente afectos se extenderá a las indemnizaciones que correspondan al propietario por razón de los bienes hipotecados, pignorados o afectados de privilegio, si el siniestro acaeciere después de la constitución de

la garantía real o del nacimiento del privilegio. A este fin el tomador del seguro o el asegurado deberán comunicar al asegurador la constitución de la hipoteca, de la prenda o el privilegio cuando tuviera conocimiento de su existencia.

En el caso de los seguros de daños, la suma asegurada tiene como función servir de base para el cálculo de la prima y representa el límite máximo de la indemnización a la que, en su caso, tendrá derecho el asegurado en cada siniestro (art. 27 de la LCS). Esta suma asegurada puede coincidir, o no, con el valor del interés asegurado, siendo fruto su determinación, en cada contrato de seguro, de la voluntad de las partes.

Ha de tenerse en cuenta que las relaciones entre el asegurador directo y el reasegurador se regulan por un contrato celebrado entre ambos sin que esto tenga que afectar al tomador o al asegurado. Esto se traduce en que para el asegurado, esta relación es transparente para él y no debe afectar a la prestación pactada, teniendo derecho a la percepción de la indemnización a cargo de su aseguradora, con independencia de la existencia de un reaseguro.

2.2 La indemnización en los seguros de daños

En los seguros de daños la **suma asegurada** tiene la función de servir como base para el cálculo del importe de la prima, pero también la de representar el importe máximo de la indemnización cuyo pago asume la aseguradora en cada siniestro (art. 27 de la LCS). Esta suma es fruto de la negociación entre las partes y **puede, o no, coincidir con el valor del interés**, entendido como la relación entre el asegurado y un bien, derecho, activo o patrimonio susceptible de valoración económica y que puede sufrir un daño —un menoscabo, deterioro o perjuicio— como consecuencia de un determinado evento.

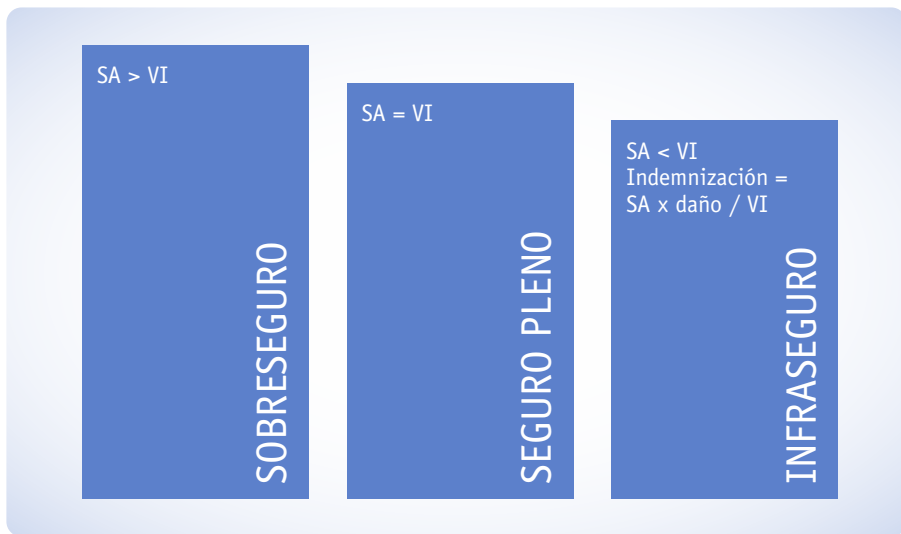
Teniendo en cuenta la anterior premisa, tanto en el propio momento de la perfección del contrato de seguro, como durante la vigencia de éste, pueden concurrir divergencias cuantitativas —de origen voluntario, o no (lo que no incide en sus efectos)— entre la suma y el interés asegurado: seguro pleno, sobreseguro e infraseguro.

En el caso del **seguro pleno**, el valor del interés y la suma asegurada coinciden. En este supuesto, en el caso de producción del siniestro, la aseguradora indemnizará al asegurado íntegramente el daño padecido.

En el caso del **sobreseguro**, el valor del interés es notablemente inferior a la suma asegurada. De acuerdo con las previsiones del art. 31 de la LCS, las consecuencias del sobreseguro se limitan a que la prima pagada por el tomador

es más elevada que la que debería ser — por esta razón, el tomador puede pedir la reducción de la prima —, puesto que el asegurado nunca va a recibir una indemnización mayor que la que corresponda al daño o pérdida de valor experimentada por el interés asegurado. La excepción está constituida por el supuesto de actuación de mala fe del asegurado. En este caso, el contrato deviene ineficaz y el asegurador de buena fe podrá retener las primas vencidas y las del periodo en curso.

El **infraseguro** se caracteriza por el hecho de que el interés es superior a la suma asegurada. El art. 30 de la LCS impone al asegurado la denominada regla proporcional, a tenor de la cual el asegurador sólo vendrá obligado a indemnizar el daño causado en la misma proporción en la que la suma asegurada cubre el interés asegurado. Esta regla es de carácter dispositivo y puede pactarse su no aplicación.



El **seguro cumulativo** es aquel en el que un mismo tomador concierta distintos contratos de seguro con distintas aseguradoras que cubren los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre un mismo interés en el mismo periodo temporal. La diferencia de este supuesto respecto del **coaseguro** radica en que en este último existe un pacto previo entre las distintas aseguradoras con la finalidad de repartirse entre ellas el riesgo asegurado. En el caso del seguro cumulativo se producen las siguientes **consecuencias** (ex art. 32 de la LCS): 1.^a) El tomador o el asegurado han de comunicar su existencia a las aseguradoras tanto en el momento de formalizar el contrato de seguro, como

tras el acaecimiento del siniestro. El incumplimiento de este deber conlleva la liberación de las aseguradoras de su obligación indemnizatoria, siempre y cuando la omisión haya sido dolosa y se produzca una situación de sobreseguro (la razón última de esta regulación radica en evitar enriquecimientos injustos del asegurado). 2.^a) La indemnización a cuyo pago habrán de hacer frente cada una de las aseguradoras se cuantifica en proporción a la suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. El asegurado puede exigir el pago a una de las aseguradoras conforme a las previsiones del contrato, pero la aseguradora tendrá acción para repetir frente a las demás aseguradoras en la suma proporcionalmente superior que haya efectivamente abonado respecto de la que le correspondería.

2.3 Las pólizas estimadas

El art. 28 de la LCS, dispone que las partes del contrato de seguro, de común acuerdo, podrán fijar, en la póliza, o con posterioridad a la celebración del contrato, el valor del interés asegurado que habrá de tenerse en cuenta para el cálculo de la indemnización.

Se entenderá que la póliza es estimada cuando el asegurador y el asegurado hayan aceptado expresamente en ella el valor asignado al interés asegurado. El asegurador únicamente podrá impugnar el valor estimado cuando su aceptación haya sido prestada por violencia, intimidación o dolo, o cuando por error la estimación sea notablemente superior al valor real, correspondiente al momento del acaecimiento del siniestro, fijado pericialmente.

En este mismo sentido, la jurisprudencia (*v. gr.*, SSTS de 30 de noviembre de 1990 y de 28 de febrero de 1990) entiende que la aceptación del valor declarado por el asegurado para la fijación de la prima, sin reserva alguna por parte del asegurador, es suficiente para entender que nos hallamos ante una póliza estimada. Con mayor motivo será una póliza estimada cuando es la misma aseguradora, a través de la entidad de crédito que actúa como agente, y contando con un informe de tasación, la que no sólo acepta el valor, sino que lo fija de forma unilateral.

3 La prestación a cargo de la aseguradora en los seguros de decesos, dependencia y asistencia sanitaria

En el caso del **seguro de decesos**, la aseguradora se obliga a prestar los servicios funerarios establecidos en la póliza cuando el asegurado fallezca. En el caso de que sobre dinero, éste se abonará al tomador o en su defecto a los herederos.

Si el asegurador no ha prestado los servicios, abonará la suma asegurada a los herederos, y no es responsable de los servicios prestados (art. 106.*bis* de la LCS).

El **seguro de dependencia**, la aseguradora se obliga, para el caso de que el asegurado incurra en una situación de dependencia —a tenor de la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia—, como prestación, a atender total o parcialmente, directa o indirectamente las necesidades del asegurado caso de que entre en situación de dependencia (art. 106.*ter* de la LCS). En este tipo de seguros, la prestación puede consistir en abono de capital o renta, prestación de servicios, o reembolso de gastos de asistencia.

En los seguros de asistencia sanitaria, dependencia y decesos, las aseguradoras garantizarán a los asegurados libertad de elección del prestador del servicio, ofreciéndoles distintos prestadores de servicios, salvo cuando en las pólizas se explicita que sólo habrá un único prestador.

4. ¿Qué indemnización se pagará y quién recibirá la indemnización en el seguro de personas? (referencia al derecho a designar y modificar quién es el beneficiario y al hecho de que el importe del seguro no puede ser reclamado al beneficiario por los herederos)

4.1 La indemnización

El art. 88 de la LCS establece el derecho inmediato y directo del beneficiario del seguro de vida a percibir el capital asegurado en el momento en que acaezca el siniestro (el fallecimiento del asegurado en el seguro para caso de muerte y, en el caso del seguro de sobrevivencia, la obligación de pago a cargo de la aseguradora surge si, a una fecha determinada, el asegurado está vivo), aun en el caso de que existan reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase de tomador del seguro, al tiempo que los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.

En el momento en el que acaece el riesgo cubierto por el seguro de vida (muerte o/y supervivencia del asegurado), nace a cargo de la aseguradora la obligación de pago de la prestación pactada en el contrato de seguro. La cuantía que ha de pagar la aseguradora a los beneficiarios del seguro de vida —o al asegurado o asegurados en el caso del seguro de sobrevivencia— resulta de las previsiones de la propia póliza, de manera que la liquidación de la prestación

debida en este tipo de seguros, no conlleva la complejidad propia de los seguros de daños.

En el caso de los **seguros de vida «unit linked»**, éstos se caracterizan por el hecho de que los fondos en que materializa las provisiones técnicas se invierten en nombre y por cuenta del asegurador en participaciones de instituciones de inversión colectiva (ICC), y otros activos financieros, elegidos por el tomador del seguro, quien soporta el riesgo de la inversión. El tomador invierte en un seguro de vida y designa los activos en los que quiere invertir mientras que la aseguradora sustenta la titularidad de esto activos y los asigna a la póliza, de manera que no es partícipe de los fondos de inversión, siendo la aseguradora la titular de las participaciones de estos fondos de inversión. Los seguros «unit link» no otorgan al tomador la facultad de modificar las inversiones afectadas a la póliza, pero sí le otorgan la facultad de modificar inversiones afectas a la póliza (*v. gr.*, cambiar de fondo de inversión) —de esta forma el riesgo de la inversión es del tomador (STS 116/2016, de 1 de marzo)—, en el caso de que se cumplan los siguientes requisitos: 1.º) Que las inversiones de las provisiones matemáticas se inviertan en acciones o participaciones en instituciones de inversión colectiva españolas o de la UE. 2.º) Que las provisiones matemáticas se inviertan en activos o conjunto separado de activos reflejados de forma separada en el balance de la entidad aseguradora, siempre que estén determinadas en el contrato del seguro, que el riesgo de la inversión corra a cargo del tomador del seguro, que sean activos aptos para la inversión de las provisiones técnicas del seguro, y que se cumplan los requisitos de diversificación y dispersión de las inversiones que establece la normativa aseguradora.

Los beneficiarios del seguro de vida deben acreditar documentalmente determinadas circunstancias en orden a que la entidad aseguradora proceda al pago de la indemnización pactada o debida conforme a las previsiones del contrato: la prueba del fallecimiento —o, en su caso, de la supervivencia— del asegurado (mediante la aportación del certificado de defunción expedido por el Registro Civil); en su caso y si resulta relevante para determinar la cuantía de la indemnización, un certificado médico para acreditar la causa del fallecimiento; así como la acreditación del cumplimiento de las obligaciones fiscales por parte del beneficiario —que, ordinariamente, se concretan en la acreditación de la liquidación del Impuesto de Sucesiones (las entidades aseguradoras no pueden pagar la prestación al beneficiario si no justifica la autoliquidación del Impuesto de Sucesiones del asegurado)—.

En efecto, es necesario tener en cuenta que el beneficiario de un seguro de vida por fallecimiento del asegurado debe hacerse cargo de pagar el Impuesto de Sucesiones y Donaciones (ISD). Además, la cantidad recibida por el beneficiario

se adiciona al valor de los bienes y derechos que formen parte de su herencia a efectos de determinar la masa hereditaria a efectos de este impuesto. Pues bien, en el caso de que se quiera cobrar el seguro de vida sin esperar la tramitación del ISyD del conjunto de la herencia, es habitual hacer una autoliquidación parcial del impuesto por el valor de la prestación a que los beneficiarios del seguro de vida tengan derecho. Esta autoliquidación debe hacerse considerando también que el resto de la herencia se debe presentar y/o autoliquidar antes de seis meses contados desde la fecha de fallecimiento del causante / asegurado.

CIRCUNSTANCIAS QUE HA DE ACREDITAR EL BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO

EN SU CASO, CERTIFICADO MÉDICO ACREDITATIVO
DE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES FISCALES (ISD)

Es posible también que, en el caso de los seguros de supervivencia, en vez de una indemnización o capital, la aseguradora se obligue a pagar al asegurado una **renta vitalicia** (seguro de renta vitalicia): la asegurador se obliga a pagar al asegurado una renta determinada, de forma periódica durante determinados años o durante toda su vida, si éste sobrevive a una determinada fecha estipulada en el contrato. Esta renta puede ser inmediata o diferida, fija o variable. La renta será inmediata en aquellos casos en los que el asegurado haya abonado la integridad del seguro a través del pago de una prima única. En el caso de la renta vitalicia diferida, el asegurado abona una serie de primas hasta una determinada fecha y, a partir de este momento, comenzará a percibir una renta conforme a lo pactado. Que las rentas a las que el asegurado tiene derecho sean constantes o, por el contrario, sean crecientes o decrecientes dependerá de las previsiones que se hayan establecido en el contrato.

4.2 Los beneficiarios del seguro de vida

La figura del beneficiario del seguro de vida alcanza protagonismo en dos momentos temporales distintos:

- 1.º) En vida del tomador —asegurado/causante—, cuando éste formaliza el contrato de seguro y/o pretende otorgar un negocio dirigido a ordenar su sucesión «*mortis causa*»; y,
- 2.º) En el momento de fallecimiento del tomador del seguro de vida, en el que habrá que atender a la determinación de los derechos de los beneficiarios del seguro de vida y de los derechos sucesorios de los herederos, en función de lo dispuesto en el contrato de seguro, en el testamento y/o en función de la ley aplicable y especialmente la eventual aplicación de los derechos legitimarios reconocidos por las distintas legislaciones civiles (autónomas) españolas.

4.2.1. *La designación de los beneficiarios*

La designación de los beneficiarios compete al tomador del seguro, quien podrá modificar la designación realizada sin necesidad de consentimiento del asegurador. La excepción a esta regla general está representada por aquellos supuestos en los que existe una norma en la que se establece un orden imperativo en la prelación de beneficiarios, como acontece en el caso del seguro obligatorio de viajeros (SOV), de conformidad con lo establecido en los arts. 21 y 22 del Reglamento aprobado en virtud del RD 1575/1989, de 22 de diciembre [BOE núm. 311, de 28 diciembre], en los que, con independencia de cuál sea la legislación civil aplicable al caso, se establece la siguiente prelación: 1.º) Cónyuge supérstite no separado por sentencia firme —repárese en la no adecuación a la nueva regulación de los derechos sucesorios del cónyuge; al igual que ocurre en el «*Baremo de daños corporales derivados de la circulación de vehículos de motor*»—. Si concurre con hijos del fallecido, percibe la mitad de la indemnización. 2.º) Descendientes del fallecido (distribución *ex* arts. 930 a 934 del CC). 3.º) Padres del fallecido. 4.º) Ascendientes de segundo grado. 5.º) Hermanos e hijos de hermanos en los términos establecidos en los arts. 946 y ss. del CC. 6.º) Centros e instituciones sin ánimo de lucro.

En cuanto a la **forma de la designación**, ésta podrá realizarse **en la propia póliza** en que se formaliza el contrato de seguro, tanto en el momento de la conclusión del mismo como en un momento posterior, mediante una declaración escrita comunicada al asegurador por cualquier medio. La designación del beneficiario puede realizarse también **en el testamento**, admitiéndose la validez de un testamento cuyo único contenido sea la disposición designando beneficiario del seguro de vida del testador. La designación de beneficiario/s en el testamento constituye un medio especialmente útil en el caso de que el tomador y asegurado sea la misma persona, ya que permite contemplar el fenómeno sucesorio

de manera conjunta, valorando de este modo la incidencia que en el mismo puede tener el seguro de vida, contando, en su caso, con el asesoramiento de un profesional cualificado, como es el notario. La Ley no exige que la designación sea realizada en testamento notarial, por lo que también podría hacerse en cualquiera de las formas de testar admitidas en el Derecho civil territorial común o en los distintos Derechos civiles territoriales, que resulten aplicables al tomador del seguro, de conformidad con la vecindad civil de éste. Obviamente es posible entonces también la designación en testamento realizado bajo la forma ológrafa.



¿Qué ocurre en el caso de que el **testamento en el que se designa beneficiario sea declarado nulo**? La pregunta es susceptible dos repuestas diversas: 1.^a) Se puede considerar, con carácter general, que la designación de beneficiario es también es nula puesto que la nulidad del testamento supone la de todas sus cláusulas con independencia de la naturaleza que se dé a éstas. 2.^a) Ha de discriminarse en función de la causa de nulidad del testamento. De esta manera, en el caso de que la causa de nulidad sea el error o la falta de consentimiento del testador, la nulidad del testamento llevará consigo la de la designación; pero si la causa de la nulidad radica en un defecto de forma, no se anulará la designación.

La última de las interpretaciones expuestas es la que resulta acorde con la naturaleza de la designación del beneficiario del seguro de vida, que no supone ordenación de la sucesión del testador por causa de muerte. Tanto si el asegurado coincide con el tomador, como si no, mediante la designación de beneficiario no

se está ordenando el destino «*post-mortem*» de bienes o derechos que integran el patrimonio transmisible del testador.

Es posible que la designación del beneficiario pueda realizarse de forma distinta a las expresamente previstas en el art. 84 de la LCS, planteándose la posibilidad de la designación del beneficiario por vía de **endoso o a través de la cesión de créditos**, si bien en el caso de que se proceda así, además de las condiciones propias establecidas para cada uno de estos tipos de transferencia, habrán de reunirse las condiciones previstas en los arts. 84 y 99 de la LCS —especialmente que no se haya designado un beneficiario de forma irrevocable, así como que se cumpla el deber del tomador cedente de comunicar por escrito fehaciente la cesión al asegurador—, pudiendo estipularse expresamente en la póliza que ostente la condición de beneficiario el último poseedor de la misma.

La designación del beneficiario del seguro está sometida a la posibilidad de revocación que podrá realizarse, salvo que la designación se haya hecho expresamente con carácter irrevocable (*ex* art. 87 de la LCS), a través de las mismas formas en que puede realizarse la designación, admitiéndose que si la designación se ha hecho en testamento, como se trata de una disposición testamentaria atípica, la revocación no está sometida a las solemnidades requeridas para la revocación del testamento o de las disposiciones testamentarias típicas.

Uno de los principales problemas jurídicos que se plantean con la revocación de la designación lo es en relación con aquellos supuestos en los que la designación se ha realizado en testamento y, en particular en determinar si la revocación tácita del testamento por otorgamiento de otro posterior, supone la revocación de la designación de beneficiario. Esta cuestión es susceptible también de dos respuestas contradictorias, a saber:

- 1.^a) La revocación tácita del testamento no afecta a la designación de beneficiarios del seguro de vida y ello fundamentalmente porque la designación de beneficiario debe ser expresa como se deriva de lo dispuesto en el art. 84 de la LCS, por lo que su revocación también, puesto que el art. 87 de la LCS exige la misma forma para la revocación que para la designación. Se trataría del mantenimiento de una disposición «*inter vivos*» contenida en un negocio jurídico con eficacia «*mortis causa*», de forma similar a lo que prescribe expresamente el art. 741 del CC en relación con el reconocimiento de los hijos.
- 2.^a) La segunda respuesta radica en considerar que en el caso que nos ocupa se produce el efecto revocatorio, salvo que el testador manifieste su voluntad en contra en el testamento o el testamento posterior sea un testamento

complementario del anterior que sea compatible con éste. En apoyo de esta tesis militan los siguientes argumentos: *a)* El art. 84 de la LCS no prescribe explícitamente que la designación de beneficiario deba ser expresa. *b)* La designación de beneficiario no es obligatoria, como pone de manifiesto el hecho de que existe una previsión normativa específica para integrar el caso en que no se haya designado beneficiario (párrafo 3.º del art. 84 de la LCS). *c)* En el caso de que el testamento posterior sea notarial, el testador será advertido por el Notario de que el testamento que está otorgando revoca todo el contenido de su testamento anterior, y, por lo tanto, puede entenderse que el testador está prestando su consentimiento expreso a dicha revocación. *d)* La designación en testamento debe someterse a todos los requisitos y consecuencias de la forma elegida, por lo que el testamento posterior la revoca. *e)* No puede tomarse como ejemplo el invocado, por los defensores de la tesis contraria, art. 741 del CC, puesto que éste se refiere al reconocimiento de hijos, que se trata de una cuestión de estado civil y por lo tanto de orden público sustraída al ámbito de la autonomía de la voluntad e irrevocable por naturaleza, mientras que la designación de beneficiario es una facultad del tomador del seguro.

Puede concluirse que **la designación de beneficiario hecha en testamento queda revocada por el otorgamiento de testamento posterior**. Como excepción cabría señalar el caso en que, al amparo del art. 87 de la LCS el tomador haya renunciado a la revocación del beneficiario designado en testamento. En este caso no se daría el efecto revocatorio, simplemente porque el tomador carece de facultad para revocar tácita o expresamente.

En aquellos supuestos en los que el tomador del seguro no coincida con el asegurado, en principio se exige el consentimiento por escrito de éste para que el contrato se entienda perfeccionado y, por lo tanto, produzca efectos, salvo en el caso en que «*pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro*» (art. 83.2 de la LCS). La determinación del *interés* del asegurado en la existencia del seguro de vida ha de relacionarse directamente con quienes sean los beneficiarios del mismo, cuya designación y modificación corresponden al tomador (art. 84.1 de la LCS), de manera que si los beneficiarios pertenecen al círculo de personas de las que razonablemente pueda deducirse que designaría como tales el propio beneficiario se inducirá o se presumirá su interés por la existencia del seguro.

La designación nominativa del beneficiario (a través de su identificación mediante sus datos personales) no plantea excesivos problemas en la práctica; pero sí los supuestos en los que se designan beneficiarios, de manera genérica, a los hijos y a los herederos.

4.2.2. La designación genérica de los hijos como beneficiarios

En caso de designación genérica de los hijos de una persona como beneficiarios, se entenderán como beneficiarios todos sus hijos y *descendientes* con derecho a la herencia (art. 85, inciso primero, de la LCS). La referencia genérica a los «*hijos*» determina que la regla interpretativa contenida en el art. 85 de la LCS no resulte de aplicación cuando la designación se realiza a favor de éstos, pero enunciándolos de forma nominativa; de igual manera que sucede en los casos en que el estipulante designe beneficiarios a los hijos habidos en común con determinada persona.

La remisión que realiza el referido precepto a las reglas de Derecho hereditario supone la consideración como descendientes a efectos de la determinación de los beneficiarios del seguro de vida a los hijos y descendientes considerados como herederos forzosos en el art. 807 del CC y, para el ámbito objetivo de aplicación de la LDCG, «*los hijos y los descendientes de hijos premuertos, justamente desheredados o indignos*» (art. 238.1.º de la LDCG). La primera precisión que cabe hacer es que en el concepto de hijos han de incluirse todos aquéllos cuya filiación esté determinada, con independencia de que se trate de una filiación natural o adoptiva (art. 108 y 176 del CC), incluyendo también a los hijos concebidos y no nacidos y ello por cuanto el art. 29 del CC preceptúa que se les tendrá por nacidos para todos los efectos que les sean favorables siempre que nazcan con las condiciones que prevé el art. 30 del CC (con vida y se produzca el desprendimiento entero del seno materno). También puede considerarse incluido en el concepto y a los efectos que nos ocupan los hijos habidos en virtud de técnicas de reproducción asistida o fecundación artificial realizada con posterioridad a la muerte del asegurador y ello por cuanto a tenor de lo dispuesto en el art. 9.2 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre *Técnicas de Reproducción Humana Asistida*, para determinarse legalmente la filiación o reconocerse los efectos de la relación jurídica de filiación entre el hijo nacido en virtud de aquellas técnicas y el fallecido será necesario que éste consienta en el documento a que hace referencia el art. 6.3 de esta misma Ley [documento del consentimiento del cónyuge de la mujer casada para la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida], en escritura pública, en testamento o en documento de instrucciones previas, la utilización de su material reproductor dentro de los doce meses siguientes a su fallecimiento, pudiendo revocar dichos consentimiento en cualquier momento. En consecuencia, si se cumplen estos requisitos, el hijo habido habrá de ser considerado como tal también a los efectos del art. 85 de la LCS.

El mayor problema que suscita, en este ámbito, el art. 85 de la LCS es el atinente a la determinación de la condición de beneficiarios del seguro de

vida de los hijos del hijo premuerto (nietos del asegurado) que concurran a la herencia con otros hijos del asegurado supervivientes (en concurrencia con sus tíos). Desde la perspectiva del Derecho de sucesiones la cuestión se plantea como la posibilidad de aplicar en este supuesto el denominado derecho de representación que se atribuye, tanto en la sucesión testada —restringido a la legítima estricta— (art. 814.3 del CC) como en la intestada (arts. 924 y ss. del CC), a favor de los descendientes de los legitimarios que premueren al causante. El principal obstáculo que se observa a la aplicación del derecho de representación en este ámbito resulta de lo dispuesto en el art. 86 de la LCS, en el que se contempla el derecho de acrecer en los casos de designación de una pluralidad de beneficiarios: «*La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás*». Frente a los anteriores argumentos, se esgrime la literalidad de la remisión que el art. 85 de la LCS hace a las reglas propias del Derecho de sucesiones. Por otra parte, la representación sólo se aplicaría, en estos casos, a los supuestos de premoriencia del hijo del asegurador —pues los supuestos de incapacidad para suceder por causa de indignidad o de desheredación, no resultan relevantes si se parte de que el beneficiario no lo es «*iure hereditario*», sino «*iure proprio*»—; sin que parezca que la admisión de esta interpretación suponga una vulneración de la voluntad del tomador.

4.2.3. La designación de los herederos del tomador del seguro

El inciso 2.º del art. 85 de la LCS abre expresamente la posibilidad de designar beneficiarios de la prestación del seguro de vida a **los herederos del tomador del seguro**, del asegurado o de otra persona (un tercero). Las posibilidades son las que siguen:

A) Herederos del tomador del seguro, cuando la persona del tomador del seguro no coincida con la del asegurado. En este caso se plantean, a su vez, las siguientes posibilidades:

1.^a) **El tomador premuere al asegurado.** En este caso la posición de los herederos se consolida y, por lo tanto, habrá que estar a quiénes sean herederos en el momento del fallecimiento del tomador. En sentido contrario se ha señalado que, en todo caso, habrá que esperar a si continúan siendo herederos en el momento del fallecimiento del asegurado, es decir los que fueran herederos del tomador tendrían un derecho condicionado a su supervivencia al asegurado. Esta interpretación no puede admitirse puesto que, habiéndose designado a los herederos del tomador, esta posición se consolida al abrirse la sucesión de éste. La supervivencia al asegurado ya no será una condición para

ser beneficiario, sino un término —«*certus que, incertus quando*»—, por lo que el derecho a recibir la indemnización al fallecimiento del asegurado pasará a los herederos del beneficiario.

2.^a) **El asegurado premuere al tomador.** En este supuesto se plantea la cuestión atinente a determinar el momento que ha de tenerse en cuenta para determinar quiénes son los herederos del tomador. Ante ello caben las siguientes posibilidades interpretativas:

- a) Entender que los beneficiarios serán los que serían herederos del tomador en el momento del fallecimiento del asegurado si aquél hubiera fallecido ya.
- b) Sostener que los beneficiarios serían los que serían herederos «*ab intestato*» del tomador en el momento del fallecimiento del asegurado, pudiendo utilizarse el expediente del acta notarial de notoriedad para su determinación.

Ambas posturas son insostenibles puesto que se estarían otorgando derechos a los «*supuestos*» herederos de una persona viva, teniendo en cuenta, sobre todo, que la institución de heredero, salvo excepciones —como la constituida por la realizada en virtud de pactos sucesorios—, es esencialmente revocable cuando se ha hecho por testamento.

Entonces, debe suscitarse la viabilidad de la solución constituida por diferir el pago de la indemnización al fallecimiento del tomador porque es el momento en el que surgen los herederos. El inconveniente a esta solución, se deriva del hecho de que, en este caso, no se respetaría el momento a que se refiere el art. 85 de la LCS, que es el del fallecimiento del asegurado y sólo sería sostenible en aquellos supuestos en que, con arreglo a la norma civil aplicable, hubiera heredero designado irrevocablemente.

La tercera respuesta posible resulta de considerar que la disposición queda sin efecto y, en consecuencia, se aplica el art. 84.3 de la LCS, con lo que el capital formará parte del patrimonio del tomador. Esta es la interpretación que más respeta la voluntad del tomador toda vez que, si no dispone del capital, éste pasará a sus herederos a su fallecimiento, al haberse integrado en su patrimonio.

B) Herederos de un tercero. Se plantean los mismos problemas que en el caso de que los beneficiarios sean los herederos del tomador y éste no coincida

con el asegurado, ya señalados para el caso de la designación de herederos del tomador que no coincida con el asegurado.

- C)** Herederos del asegurado. Si la designación se hace en favor de los herederos del asegurado, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento de fallecimiento del asegurado.

En el caso de que en el testamento del asegurado sólo se hayan nombrado legatarios, cabe sostener dos respuestas en orden a la determinación de los beneficiarios del seguro de vida:

- a) Interpretar extensivamente el artículo y entender que se distribuirá entre los legatarios, puesto que son las personas designadas por el testador para sucederle aunque sea a título singular.
- b) Entender que se abriría la sucesión «*ab intestato*» con relación a la prestación derivada del seguro de vida.

Aunque se suele señalar que se trata de una cuestión de interpretación de la voluntad reflejada en el testamento, parece razonable acoger, con carácter general, la primera respuesta.

- D)** Si la designación se hace en favor de los herederos sin especificación alguna, se entenderá que son los herederos del tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado (art. 85 de la LCS). La expresión «*herederos*» hace referencia tanto a los herederos testamentarios como a los legales, de forma que el Estado —o una CCAA (v. gr., Galicia, ex arts. 267 a 269 de la LDCG)— puede llegar a ostentar la cualidad de beneficiario de un seguro de vida.

En el caso de que se hayan designado como beneficiarios a los «herederos legales», ha de entenderse como tales, de acuerdo con la interpretación doctrinal, jurisprudencial y hasta legal (v. gr., arts. 474 y 518 del *Código de Derecho Foral de Aragón*) generalizada, que éstos son aquellos que tengan, en el caso concreto, la condición de herederos de acuerdo con las normas que regulen la sucesión intestada (STS de 20 de diciembre de 2000 [RJ 2001\1509]) y no quienes tienen la condición de legitimarios o de herederos forzosos en la sucesión testada. Esta precisión resulta de especial importancia en Galicia, habida cuenta de que se establece un elenco de legitimarios propio (art. 238 LDCG), pero no un sistema de llamamientos en la sucesión intestada diverso del contenido en los arts. 930 y ss. del CC, que es de aplicación también en el caso de las sucesiones regidas por el Derecho civil propio de Galicia y no por el civil territorial común.

De acuerdo con esta interpretación, producido el siniestro, la aseguradora habrá de pagar la indemnización estipulada a los herederos abintestato que tengan esta condición en el momento en que se produce el fallecimiento, con arreglo al orden y teniendo en cuentas las exclusiones establecidas en la Ley que resulte de aplicación de conformidad con la vecindad civil del asegurado.

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que el beneficiario de las prestaciones del seguro de vida **las percibe por derecho propio**, no formando parte del caudal hereditario, sin embargo no puede desconocerse que el contrato de seguro de vida puede tener influencia en la sucesión hereditaria del asegurado fallecido y no tanto en relación con el importe percibido por el beneficiario de la prestación que la recibe directamente del promitente —asegurador— sino en relación con el importe que, en concepto de primas del contrato de seguro, haya pagado el asegurado a la compañía aseguradora, puesto que podría utilizarse como un expediente sustitutivo de la sucesión paccionada, como instrumento utilizable para defraudar a los acreedores de la herencia o, simplemente, como un instrumento para evitar los elevados tipos impositivos previstos en la legislación del impuesto sobre sucesiones cuando los herederos no son familiares del causante o tienen un vínculo parental alejado.

Entre las medidas protectoras de los derechos de los herederos legítimos y de los acreedores de la herencia, ha de tenerse en cuenta el carácter colacionable, no de la prestación percibida por el beneficiario del seguro, sino de las primas del seguro que hubiese satisfecho el tomador —y, en su caso, asegurado— causante que representan la disminución del patrimonio del disponente si el beneficiario es un heredero legitimario sujeto a colación. Este criterio sólo se aplicará cuando las primas satisfechas no excedan del capital recibido y sólo en aquellos casos en los que, en atención a su cuantía y a las circunstancias del caso, no puedan calificarse como donaciones usuales o comprenderse entre los deberes de previsión del asegurado.

En cualquier caso, la contratación del seguro de vida no puede vulnerar la intangibilidad de la legítima, puesto que el seguro de vida no puede entenderse en contradicción con las normas básicas del Ordenamiento jurídico sobre legítimas y responsabilidades respecto a los acreedores. En el supuesto de que así fuese, el art. 88 inciso final del párr. 1.º, de la LCS prevé expresamente que los legitimarios podrán exigir el reembolso del importe de las primas abonadas por el contratante si se hubiesen hecho en fraude de sus derechos (al igual que podrán hacerlo los acreedores defraudados). A este fin se considera que las primas pagadas por el asegurado

están sujetas a la acción de reducción de las donaciones, dudándose si el conjunto de las primas pagadas periódicamente ha de considerarse como una prestación continuada, debiéndose, en consecuencia, considerar que el conjunto de las primas pagadas forman una sola unidad, debiendo calcularse la reducción sobre el importe total; o si, por el contrario, ha de entenderse que existen tantas donaciones como pagos de primas, cada una en su fecha. Además, comoquiera que son impugnables los negocios jurídicos del causante otorgados en fraude de las legítimas, de manera que si el contrato de seguro de vida se ha utilizado como medio de pago o de garantía para obtener un crédito —contrato oneroso simulado— podría impugnarse su validez como negocio simulado.

4.2.4. Seguros de vida a prima única vinculados a préstamos hipotecarios

Es frecuente en la práctica que las entidades financieras comercialicen, como agentes, seguros de vida a prima única, vinculados a la amortización de préstamos o que impongan su contratación o bien ofrezcan condiciones más beneficiosas al prestatario en caso de contratación de este seguro.

Este tipo de contratos de seguro de vida a prima única vinculados a préstamos hipotecarios presenta dos modalidades:

- a) Contratos de seguro de vida en los que se estipula como suma asegurada el importe del préstamo recibido y como beneficiaria la entidad de crédito prestamista y acreedora de su restitución, por el importe pendiente de amortizar. En caso de siniestro la compañía aseguradora indemniza a la entidad de crédito acreedora el importe pendiente del préstamo y al asegurado u otros beneficiarios la diferencia entre la suma asegurada y el referido importe.
- b) En la segunda modalidad se establece que la suma asegurada será igual al capital pendiente de desembolso del préstamo (o a un porcentaje del mismo), durante toda la vida útil de la operación, y que el beneficiario con carácter irrevocable será la entidad financiera prestamista. Para realizar el cálculo de la prima, se toma como hipótesis que el capital pendiente de amortizar cada año será el previsto en el plan de amortización del préstamo.

Cuando se cancela el préstamo anticipadamente, el interés de la entidad de crédito en el seguro decae; sin embargo, si el asegurado rescinde el contrato y no se le devuelve la parte de prima única no consumida, se produciría un perjuicio injustificado, que supone una actuación contraria a las exigencias del

equilibrio de la buena fe contractual, vulnerando así las exigencias dimanantes del art. 1258 del CC.

En efecto, de acuerdo con las exigencias de la buena fe y las buenas prácticas y usos mercantiles, **cuando el asegurado decida rescindir un seguro de vida a prima única, por haber cancelado el préstamo hipotecario al que estaba vinculado** y no existir ya riesgo de impago para la entidad de crédito prestamista, **la aseguradora deberá devolverle la prima correspondiente al tiempo de cobertura no transcurrido**. En todo caso, si hay una previsión convencional para este supuesto, se estará a lo expresamente pactado en el contrato. Esta previsión contractual puede consistir en que en caso de cancelación anticipada del préstamo con garantía hipotecaria, se restituirá la parte de la prima no consumida, o que el seguro seguirá vigente —ordinariamente cubriendo los riesgos de fallecimiento e invalidez—, siendo el beneficiario el designado por el tomador —y no la entidad de crédito prestamista— conforme a lo ya expuesto.

4.3 El registro de contratos de seguros de cobertura de fallecimiento

El registro de contratos de seguros de cobertura de fallecimiento fue creado por la *Ley 20/2005, de 14 de noviembre, de creación del registro de contratos de seguros de cobertura de fallecimiento* [BOE núm. 273, de 15 de noviembre], objeto de desarrollo reglamentario por medio del RD 398/2007, de 23 de marzo. La finalidad de este Registro es la de *suministrar la información necesaria para que pueda conocerse por los posibles interesados, con la mayor brevedad posible, si una persona fallecida tenía contratado un seguro para caso de fallecimiento, así como la entidad aseguradora con la que lo hubiese suscrito, a fin de permitir a los posibles beneficiarios dirigirse a ésta para constatar si figuran como beneficiarios y, en su caso, reclamar de la entidad aseguradora la prestación derivada del contrato*.

Con su creación, se trata de proteger a los posibles beneficiarios de un contrato de seguro de cobertura de fallecimiento, de manera que cuando se produzca el riesgo asegurado, puedan dirigirse a la compañía aseguradora para reclamar, en su caso, el cumplimiento de la cobertura contratada mediante el pago de la indemnización debida.

Para ello se dispone de **dos tipos de documentos**, según se quiera solicitar información sobre las propias o las ajenas pólizas de vida suscritas:

- A) Nota informativa:** Es el documento que recibe cualquier persona, **en vida**, interesada en saber si las pólizas de contratos de seguros de cobertura de fallecimiento, a su nombre, están recogidas en el registro de contratos

de seguros de cobertura de fallecimiento. Este derecho puede ejercerse en cualquier momento, previa acreditación de su identidad y de forma gratuita.

En el caso de que los datos que existen en el registro fueran inexactos, incorrectos o inadecuados se le facilitará al asegurado la dirección de la Compañía de Seguros correspondiente, ante quien exigirá la rectificación de los mismos, ya que es la responsable del tratamiento de los datos.

Esta nota informativa puede solicitarse **presencialmente**, por **correo** o por Internet, con certificado digital o firma electrónica.

B) El certificado de contratos de seguros de cobertura de fallecimiento: es el documento que acredita los contratos vigentes en que figuraba como asegurada la persona fallecida y con qué entidad aseguradora. En caso de que la persona fallecida no figurase como asegurada en ningún contrato, tal extremo se hará constar expresamente en el certificado que se emita.


Los contratos de seguro respecto de los que es posible obtener un certificado son los relativos a los seguros de vida con cobertura de fallecimiento y a los seguros de accidentes en los que se cubra la contingencia de la muerte del asegurado, ya se trate de pólizas individuales o colectivas.

Se petición, que no puede efectuarse hasta que no hayan transcurrido, al menos, quince días desde el fallecimiento del asegurado, ha de tramitarse obligatoriamente a través del Modelo 790, que se puede descargar en la página *web* del Ministerio de Justicia u obtener gratuitamente en ciertas instituciones —sometido al pago de una con tasa de pequeño importe— pero no podrá presentarse hasta transcurridos 15 días hábiles desde la fecha del fallecimiento.

En este caso, la documentación que necesariamente ha de aportarse junto con la solicitud de certificado es el certificado literal de defunción —que expide el Registro Civil correspondiente a la localidad en que la persona haya fallecido—, que habrá de ser original o fotocopia compulsada, y en el que deberá constar necesariamente el nombre de los padres del fallecido.

Para fallecimientos acaecidos en fechas posteriores al 2 de abril de 2009 y si la defunción no está inscrita en un Juzgado de Paz no es necesario presentar el certificado de defunción. En este caso es imprescindible consignar el DNI o el NIE del fallecido (si carece de NIE, se consignará el número de pasaporte o, en caso de no tenerlo, el de otro documento de identidad de su país de origen).

MODELO 790, SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGUROS DE COBERTURAS DE FALLECIMIENTO

 MINISTERIO DE JUSTICIA	CENTRO GESTOR SUBSECRETARÍA DE JUSTICIA	TASAS ADMINISTRATIVAS CÓDIGO 006	Modelo 790	
	Ejercicio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Nº de Justificante 790006 9754893	
Identificación (1)	Espacio reservado para la etiqueta identificativa del sujeto pasivo <small>Si no dispone de etiqueta, complete los datos que se indican en los campos inferiores</small>			
	1. N.I.F./N.I.E./PASAPORTE	3. PRIMER APELLIDO DEL SOLICITANTE	5. SEGUNDO APELLIDO	4. NOMBRE
	5. DIRECCIÓN CALLE/PLAZA/AVENIDA	7. NOMBRE TURISMO	8. N.º	9. TIPO
	11. DIRECCIÓN MUNICIPIO	12. DIRECCIÓN PROVINCIA	13. DIRECCIÓN PAÍS	14. CÓDIGO POSTAL
	15. CORREO ELECTRÓNICO	16. CÓDIGO DE LA OFICINA NOTARIAL (sólo a efectos estadísticos) <small>(a completar exclusivamente por los notarios en los certificados validados por ellos)</small>		
	CERTIFICADOS QUE SE SOLICITAN (marcar con una X)			
	17. Antecedentes Personales <input type="checkbox"/> <small>(Determina los datos del apartado II)</small>		18. Últimas voluntades <input type="checkbox"/> <small>(Determina los datos del apartado II)</small>	
	19. Contrato de seguros de cobertura de fallecimiento <input type="checkbox"/> <small>(Determina los datos del apartado II)</small>		20. Certificado de efectos en el extranjero <input type="checkbox"/> <small>(Determina los datos del apartado II)</small>	
	A. INDIQUE, SI EL CERTIFICADO HA DE TENER EFECTOS EN EL EXTRANJERO:			
	21. PAÍS DE DESTINO		22. AUTORIZADO O ENTIDAD A LA QUE TIENE QUE SURTIR EFECTO	
B. DATOS DE LA PERSONA FÍSICA, JURÍDICA O ENTE SIN PERSONALIDAD RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PERSONALES				
23. N.I.F./N.I.E./PASAPORTE	25. PRIMER APELLIDO O DENOMINACIÓN SOCIAL	24. SEGUNDO APELLIDO		
25. NOMBRE	26. FECHA DE NACIMIENTO	27. POBLACIÓN DE NACIMIENTO		
28. PROVINCIA/PAÍS DE NACIMIENTO	29. PAÍS DE NACIONALIDAD	30. NOMBRE DEL PADRE		
31. NOMBRE DE LA MADRE	32. FAMILIAR PRIMARIO AL QUE SE SOLICITA			
C. DATOS DE LA PERSONA RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA/AN EL/LOS CERTIFICADO/S DE ÚLTIMAS VOLUNTADES Y/O DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO				
33. N.I.F./N.I.E.	34. PRIMER APELLIDO DE LA PERSONA FALLECIDA	35. SEGUNDO APELLIDO	36. NOMBRE	
37. FECHA DE DEFUNCIÓN	38. POBLACIÓN DE DEFUNCIÓN	39. FECHA DE NACIMIENTO	40. POBLACIÓN DE NACIMIENTO	
41. SÓLO PARA EL CERTIFICADO DE ÚLTIMAS VOLUNTADES: SE CONOCE LOS SIGUIENTES DATOS DEL TESTAMENTO Y/O DEL CÓDICE, CONSIGNÉLOS				
FECHA DEL TESTAMENTO	NOTARIO	LUGAR DE OTORGAMIENTO	APellidos y nombre (PLETOS CORAZOS)	

VALORACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA: este documento no será válido sin la certificación respectiva si, en su defecto, fuera automática.

INGRESO (4)

Ingreso efectuado a favor del Tesoro Público, cuenta restringida de la A.E.A.T., para la recaudación de TASAS

IMPORTE euros:

Forma de pago: un efectivo E.C. adeudado en cuenta

Código cuenta cliente (CCC)

Entidad UC Oficina UC Número de cuenta

NOTA: ANTES DE CUMPLIMENTAR LOS DATOS, LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO DEL DOCUMENTO Ejemplar para la Administración.

Los datos se encuentran disponibles en el Registro de Contratos de Seguros de Cobertura de Fallecimiento durante un plazo de 5 años desde la fecha de la muerte del asegurado.

5 ¿Qué derechos tengo en caso de que el asegurador se retrase en el pago de la indemnización?

5.1 La mora del asegurador

En el caso de que la entidad aseguradora no pague la indemnización o la prestación debida, conforme al contrato de seguro tempestivamente, si la deuda existe y el retraso en su pago es culpable, incurrirá en mora. Como ya se ha precisado, ha de tenerse en cuenta que el nacimiento de la deuda a cargo de la aseguradora no surge necesariamente con la producción del siniestro, *rectius*, con la notificación del mismo o la reclamación del perjudicado en los seguros de responsabilidad civil, sino que nace «*al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y en su caso el importe de los daños que resulten del mismo*» (art. 18.1 de la LCS). La mora de la entidad aseguradora y sus consecuencias se regulan en el art. 20 de la LCS

El art. 20.3 de la LCS establece que el asegurador **incurrirá en mora** en caso de incumplimiento de su obligación de satisfacer el importe total de la indemnización debida en el plazo de **tres meses desde la producción del siniestro o en el supuesto de no proceder al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días desde su notificación**. Esta previsión normativa trae causa de la toma en consideración de que, en no pocas ocasiones, es difícil determinar el importe de la indemnización en el referido plazo de tres meses, así como del hecho de que si no se fijase la obligación de un tempestivo adelanto a cuenta de la indemnización final, a la entidad aseguradora le bastaría con dilatar el procedimiento para la valoración de los daños para demorar el pago —esto es, demorar el cumplimiento de su obligación contractual esencial—.

El plazo de tres meses para satisfacer el importe total de la indemnización se cuenta desde la producción del siniestro, mientras que el plazo de cuarenta días de que dispone la aseguradora para pagar el importe mínimo se cuenta desde la fecha de la declaración del siniestro, en los mismos términos que lo hace el art. 18 de la LCS.

Ha de tenerse en cuenta que **la aseguradora no incurrirá en mora** y, por lo tanto, no le resultará de aplicación la obligación de pago de los intereses moratorios calculados sobre el total de la indemnización debida en aquellos casos en los que la falta de satisfacción de la indemnización o del pago del importe mínimo de ésta **esté fundada en una causa justificada o que no le resulte imputable** (art. 28 de la LCS).

Los supuestos en los que los órganos jurisdiccionales estiman que concurre alguna circunstancia que libera a la aseguradora del pago de los intereses

moratorios por concurrir una causa justificada del impago o que no resulta imputable a la aseguradora son los siguientes:

- a) Cuando la determinación de la existencia de la obligación de la aseguradora de pagar la indemnización haya de efectuarse por el órgano jurisdiccional. Esto acontece, en particular, en aquellos supuestos en los que la existencia o la realidad del siniestro es discutible, como sucede cuando no se han determinado sus causas y esto resulta determinante de la existencia de la obligación de indemnización o de su cuantía; así como cuando exista discusión entre las partes, que tenga por objeto no el importe exacto de la indemnización (su cuantificación), sino la procedencia misma de la obligación de cubrir el siniestro.
- b) Cuando junto a la necesidad de acudir al órgano jurisdiccional competente para la determinación de la causa, culposa o no, de la producción del siniestro, sea necesaria una resolución judicial para la fijación exacta de la cantidad que debe abonar la aseguradora ante las discrepancias existentes entre las partes. En relación con esta cuestión ha de precisarse que la doctrina jurisprudencial ha limitado notablemente la aplicación del principio que se enuncia en el brocardo «*in illiquidis non fit mora*», partiendo de la toma en consideración de que la sentencia o la resolución judicial que determina el importe de la indemnización debida a cargo de la aseguradora no determina la creación de un derecho nuevo —carece de carácter constitutivo, teniendo un carácter meramente declarativo—, de manera tal que el acreedor tiene derecho a exigir que se le abonen los intereses de la suma declarada debida, aun cuando sea menor que la reclamada por aquél, desde el momento en que se exigió judicialmente su pago.
- c) Quedan fuera también de los supuestos en los que la aseguradora incurre en mora, aquellos en los que la complejidad de las relaciones habidas entre las partes litigantes excluyen la fácil determinación de la cantidad realmente adeudada.

5.2 Las consecuencias de la mora del asegurador

5.2.1. Los intereses moratorios del artículo 20 de la LCS

El apartado 4.º del art. 20 de la LCS establece el tipo de interés aplicable para el caso de que la aseguradora incurra en mora, estableciendo que la indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial —los intereses moratorios a cargo de la aseguradora no están sometidos al principio dispositivo y no tienen el carácter de rogados (no es necesario solicitarlos en la demanda para que el

Juez condene a la entidad aseguradora demandada a su pago)— y consistirá en el pago de un interés anual igual al de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

Se trata de un **régimen especial**, frente al régimen general que, para la mora del deudor, en defecto de pacto en otro sentido, establece el art. 1108 del CC —el deudor moroso vendrá obligado al pago del interés legal del dinero, que anualmente se fija en la *Ley de Presupuestos Generales del Estado*— e incompatible con éste, tal como precisa el apartado 10 del art. 20 de la LCS, al señalar que en la determinación de la indemnización por mora del asegurador, no será de aplicación lo dispuesto en el art. 1108 del CC, ni lo preceptuado en el art. 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula los intereses de mora procesal, siendo éstos equivalentes al interés legal del dinero incrementado en dos puntos desde la fecha en que fuere dictada la sentencia que condene a la aseguradora al pago, sin perjuicio de que los órganos jurisdiccionales, en los casos de revocación parcial de la sentencia puedan resolver sobre estos intereses de conformidad con su prudente arbitrio, razonándolo de manera adecuada.

Ha de tenerse en cuenta que, en aquellos supuestos en los que la aseguradora no entregue una cantidad de dinero (indemnización), por consistir su prestación en la reparación o en la reposición del objeto siniestrado, tal como señala el art. 20.5 de la LCS, la base inicial del cálculo de los intereses será el importe líquido de esta reparación o reposición.

A tenor de lo dispuesto en el art. 20.4 de la LCS, los intereses moratorios a cargo de las entidades aseguradoras se considerarán producidos por días, lo que quiere decir que han de aplicarse cada tipo al tiempo de su vigencia, con independencia del momento en el que haya nacido la obligación de pago, siendo el tipo aplicable, hasta el momento en que hayan transcurrido dos años desde la producción del siniestro, variable y ello por cuanto, como ya se ha señalado, la cuantía del interés legal del dinero se fija anualmente por la Ley que aprueba los Presupuestos Generales del Estado.

Las dudas que plantea la interpretación del art. 20.4 de la LCS en cuanto a si una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro el interés moratorio a cargo de la entidad aseguradora es, en todo caso, el mínimo del 20% aplicable desde el momento de producción del siniestro o si, por el contrario, durante los dos primeros años se aplica se aplica el interés legal del dinero incrementado en el 50% y que ha recibido respuestas contradictorias en las resoluciones de

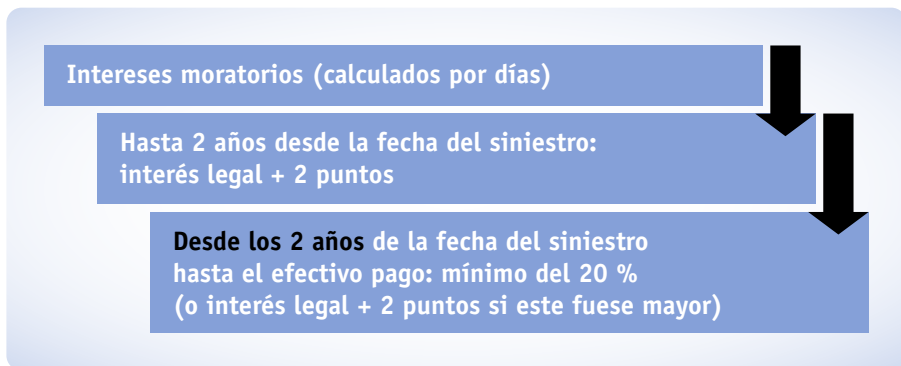
Juzgados de Primera Instancia y de Audiencias Provinciales, han sido resueltas por la **STS (Pleno de la Sala de lo Civil) de 1 de marzo de 2007** [RJ 2007\798]. El emotivo único del recurso de casación que resuelve esta STS, siendo consciente de la necesidad de fijar definitivamente un criterio al respecto, radica precisamente en el análisis del apartado 4.º del art. 20 de la LCS, asumiendo la conocida como «teoría de los dos tramos de interés». A tenor de esta interpretación durante los dos primeros años desde la producción del siniestro, la indemnización por mora a cargo de la aseguradora consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero al tipo vigente cada día, que será el correspondiente a esa anualidad incrementado en un 50%. A partir de esta fecha, el interés se devengará de la misma forma, siempre que supere el 20%, con un tipo mínimo del 20%, si no lo supera, y sin modificar, por lo tanto, los intereses moratorios ya devengados diariamente hasta el referido momento temporal.

La citada STS de 1 de marzo de 2007, cuya doctrina jurisprudencial es asumida en otras muchas Sentencias posteriores de este mismo Tribunal, habiendo sido acogida también por las distintas Audiencias Provinciales, parte de la exposición del problema al que pretende dar respuesta, precisando que este problema surge al determinar si el interés moratorio del 20% se aplica automáticamente una vez transcurrido el segundo año desde la fecha del siniestro —teoría del tramo único—, o si este interés será el legal del dinero incrementado en un 50% hasta el segundo año, atendiendo a su cómputo por días, y a partir del segundo año al tipo del 20%, si aquél resulta inferior —teoría de los dos tramos de interés—.

La primera interpretación se justifica en razón a la finalidad sancionadora y disuasoria que el legislador quiso atribuir al interés por mora a cargo de las entidades aseguradoras y a su fin último, dirigido a obtener una rápida y eficaz reparación de los daños y perjuicios derivados de la circulación de vehículos de motor, para lo cual se impuso a las entidades aseguradoras un deber especial de diligencia en el pago de las indemnizaciones, con la consecuencia de que si no lo hacen o consignan para pago en el plazo de tres meses, se devengarán los intereses legales incrementados en un 50%, y de que, si transcurren dos años desde la fecha del siniestro sin haberlo realizado, los intereses de demora serán, al menos, del 20% desde la fecha del siniestro y no a partir de los dos años contados desde ésta fecha. La interpretación contraria supondría, además, considerar una nueva fecha para el cálculo de los intereses: “la del tercer año” y la norma no establece cómputo de intereses distinto que no sea el señalado en el núm. 6 del art. 20 de la LCS.

La segunda interpretación tiene en cuenta que los intereses se computan por días desde la fecha del siniestro, de manera que fijado un devengo diario

conforme al tipo vigente —el correspondiente a la anualidad incrementado en el 50%—, lo único que establece el párrafo segundo del art. 20.4 de la LCS, cuando la aseguradora se demora más de dos años, es fijar un tipo mínimo más alto, como superior sanción, pero sin alterar la regla de cálculo diario de los intereses. Esta interpretación atiende a la modificación de la LCS llevada a cabo por la Ley 30/1995 que supuso, como se desprende de su Exposición de Motivos (§.6) y de los debates parlamentarios previos a su promulgación, que los intereses pasaran a devengarse por días cualquiera que fuera el tipo aplicable, lo que impide su aplicación retroactiva por cuanto ello supondría modificar los ya devengados en los dos años anteriores, aplicando el que fuera más gravoso únicamente a partir del tercer año.



5.2.2. La limitación a la interposición de recursos devolutivos frente a resoluciones judiciales de condena

Por otra parte, el art. 449.3 de la LECiv contiene una limitación al acceso a los concretos recursos devolutivos (apelación, extraordinario por infracción procesal y casación), al disponer que en los procesos en que se pretenda la condena a indemnizar los daños y perjuicios derivados de la circulación de vehículos de motor **no se admitirán al condenado a pagar la indemnización los recursos de apelación, extraordinario por infracción procesal o casación, si, al interponerlos, no acredita haber constituido depósito del importe de la condena más los intereses y recargos exigibles en el establecimiento destinado al efecto**, precisando que este depósito no impedirá, en su caso, la ejecución provisional de la resolución dictada y objeto el recurso que pretende interponerse. En su redacción originaria este precepto se limitaba a contemplar el requisito específico para recurrir cuando el recurrente era precisamente una entidad aseguradora, modificándose en el año 2011, sustituyendo la referencia expresa a la aseguradora por la genérica del condenado al pago de la indemnización. Esta

reforma responde a la finalidad de evitar el fraude de que interponiéndose el recurso por el particular condenado, quedase la compañía aseguradora liberada de la obligación de constituir el depósito del importe de la condena. En el caso de que la Sentencia que se pretende recurrir contenga un pronunciamiento de condena con carácter solidario, como acontece ordinariamente en el caso de la condena del conductor y de su aseguradora, la interposición del recurso sería admitida si uno de los condenados solidarios cumple con la obligación de constituir el depósito.

El requisito para recurrir previsto en el art. 449.3 de la LECiv es una materia de orden público y, por lo tanto, de carácter imperativo, de forma que no es de carácter dispositivo de las partes y del órgano judicial, resultando ser su cumplimiento objeto de control de oficio por los Jueces y Tribunales, sin perjuicio de que haya de ser objeto de una interpretación restrictiva (STS 679/2014, de 27 de noviembre). En todo caso, no cabe duda de que se aplicará a los juicios declarativos, ordinarios y verbales, que por razón de la cuantía (arts. 249.2 y 250.2 de la LECiv) se hayan seguido para la exigencia de la responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor (frente al causante del daño y frente a su entidad aseguradora; pero sin que se aplique al Consorcio de Compensación de Seguros Sentencia, como resulta del pronunciamiento de la STS, Pleno de la Sala de lo Civil, 618/2011, de 5 de septiembre, a tenor de la cual, el CCS, tanto si actúa como aseguradora directa como cuando lo hace como fondo de garantía, no viene obligado a efectuar la consignación para recurrir que señala el art. 449.3 de la LECiv, por cuanto se trata de un requisito de procedibilidad). En cuanto a si es exigible la obligación de pago o consignación para la admisión del recurso en los procesos de ejecución de títulos judiciales, derivados del seguro obligatorio de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor y, en particular la aplicación o no del art. 449.3 de la LECiv al proceso de ejecución previsto en los arts. 538 y ss. de la LECiv y, en concreto, a la ejecución del título ejecutivo previsto en el art. 517.2.8º de la LECiv y la resolución que le ponga fin, al tratarse de una resolución y título que se refieren a daños y perjuicios derivados de la circulación de vehículos de motor, en la denominada jurisprudencia menor se aprecia la existencia de dos corrientes, una contraria y otra favorable a tal posibilidad.

En sentido contrario la exigibilidad del depósito para recurrir en el caso de los referidos procedimientos de ejecución se pronunciaron, *v. gr.*, los Autos de la AP de Castellón, Sec. 1.ª, 81/2004, de 4 de marzo y de la AP de Granada, Secc. 3.ª, 26/2012, de 2 de marzo, cuyos argumentos empleados en la defensa de tal tesis se pueden resumir en los siguientes:

- Según una interpretación gramatical del art. 449.3 de la LECiv, éste se refiere a procesos en que se declare judicialmente la condena a pagar una determinada indemnización, expresión que encaja mal con la naturaleza del proceso de ejecución, que tiene por objeto la ejecución de un título judicial o no, no la declaración.
- La ubicación sistemática del art. 449.3 de la LECiv lleva a concluir que dicha norma está dirigida a los procesos declarativos no a los de ejecución.
- La percepción de las cantidades objeto del procedimiento quedan garantizadas antes de tenerse por preparado el recurso de apelación contra el auto despachando ejecución, al haberse embargado previamente los bienes de la ejecutada, en el auto despachando ejecución.
- El recurso de apelación contra el auto desestimatorio de la oposición a la ejecución es en un solo efecto, devolutivo (art. 561.3.1 de la LECiv), es decir, no suspende el curso de la ejecución.
- La jurisprudencia recaída en relación con la DA 1.^a, apartado 4, de la LO 3/1989 de 21 de junio, en relación con esta materia y el juicio ejecutivo del automóvil, no prevé este depósito.

La expuesta es la tesis más extendida en los órganos jurisdiccionales de instancia, si bien existen algunos pronunciamientos que sostienen la necesidad de la consignación en los supuestos del art. 517.2.8º de la LECiv (es el caso, *v. gr.*, del Auto de la AP de Madrid, Sec. 9.^a, 2/2005, de 15 de septiembre).

A tenor de lo dispuesto en el art. 449.5 de la LECiv, el depósito o consignación podrá hacerse también mediante la aportación de un aval solidario de duración indefinida y pagadero a primer requerimiento emitido por entidad de crédito o sociedad de garantía recíproca, o por cualquier otro medio que, a juicio del tribunal, garantice la inmediata disponibilidad, en su caso, de la cantidad consignada o depositada.

VII. EL DEBER DE PAGAR LA PRIMA

1 ¿Cuándo debo pagar la prima?

El pago de la prima es una de las obligaciones esenciales de las que incumben al tomador del seguro frente a la entidad aseguradora, a cambio de la cobertura de los riesgos estipulados en la póliza. Es la remuneración que percibe la aseguradora, siendo su determinación fruto de un cálculo distinto en función del tipo

de contrato de seguro, del objeto y del capital asegurado. La prima tiene una relevancia material y técnica fundamental en el contrato de seguro.

El pago de la prima ha de realizarse en los tiempos que establece la LCS y, en su caso, en el propio contrato. La **prima es indivisible y única** para toda la duración del contrato de seguro. Este carácter es compatible con la fragmentación o periodificación de su pago (en mensualidades, trimestres, anualidades, etc.) y no se quiebra con la afección de la prima a un específico objeto del contrato de seguro. Consecuencia de este carácter es que, en caso de extinción del contrato de seguro con anterioridad a la finalización del periodo de duración previsto contractualmente, **la parte de la prima no consumida se debe al asegurador, salvo que, en la póliza se prevea expresamente otra cosa.**

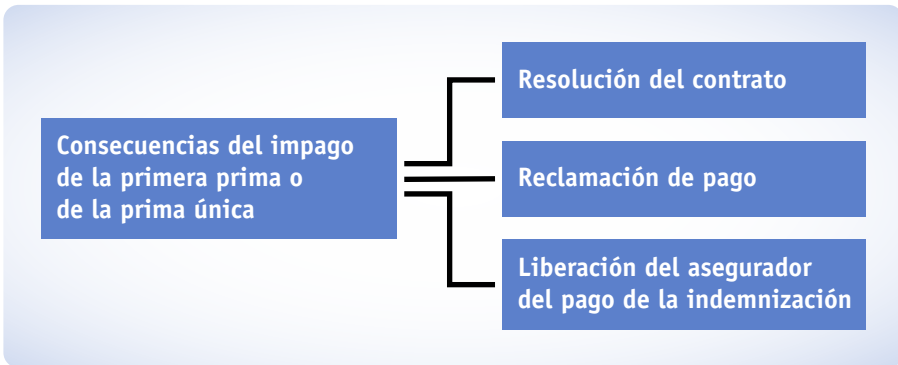
En el caso de los seguros de vida y de supervivencia puede pactarse la existencia de una prima única. En ocasiones y, en particular, cuando el seguro de vida se vincula a la amortización de un préstamo con garantía hipotecaria, los seguros de vida se pactan a «**prima única financiada**» (seguros «PUF»). Se trata de seguros vinculados a la amortización de un préstamo con garantía hipotecaria cuya prima no se paga en una cuota anual, sino que la entidad financiera acreedora suma el coste de la prima del seguro al monto total del préstamo, de forma que el coste del seguro se paga de forma diluida en la cuota de amortización periódica, junto con la amortización del principal y los intereses moratorios.

Aun cuando la obligación de pagar la prima incumbe al tomador del seguro, **en caso de incumplimiento de esta obligación por éste, puede pagarla el asegurado**, lo que adquiere especial relevancia en los contratos de seguro colectivos y en los suscritos al amparo de un convenio colectivo. En estos últimos supuestos, el incumplimiento de la obligación de pago por el tomador de la póliza —v. gr., el empresario o patrono— perjudicará a los derechos del colectivo de asegurados —y, en su caso, podrá suponer cumulativamente el incumplimiento de normas laborales, como acontece en el caso de mejoras laborales pactadas en convenio—. En estos casos, los trabajadores asegurados, de manera individual o colectiva, pueden sustituir al tomador en el cumplimiento de su obligación de pago de la prima pactada, evitando así la pérdida de sus derechos adquiridos frente a la entidad aseguradora.

En los seguros de sobrevivencia, cesa la obligación de pago de las primas sucesivas en el caso de que el asegurado fallezca antes de que llegue la fecha o la edad prefijada en el contrato para que tenga derecho a la percepción de la indemnización. En estos supuestos es frecuente en la práctica el pacto de contraseguro, en función de las cantidades estipuladas y en virtud del cual, la aseguradora, en caso de no producirse el siniestro, revertirá parte de las primas pagadas a los beneficiarios del asegurado.

2 ¿Qué pasa si no pago la primera prima o la prima única?

Las consecuencias derivadas del impago de la prima en los contratos de seguro están contempladas en el art. 15 de la LCS. En el caso de que la primera prima no sea pagada o la prima única no lo sea a sus vencimiento, **la entidad aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima**, pudiendo hacerlo mediante el ejercicio de la correspondiente acción ejercitada ante los órganos jurisdiccionales, acudiendo al procedimiento monitorio o, en su caso, al juicio (verbal u ordinario, sin perjuicio de que la pretensión se tramite inicialmente por los cauces propios del proceso monitorio) que corresponda en función de la cuantía de la prima, cuyo pago pretenda frente al tomador moroso. Por otra parte, salvo que se prevea, de manera expresa, otra consecuencia en la póliza del contrato de seguro, si la prima no ha sido pagada por el tomador antes de que se produzca el siniestro que es objeto de cobertura por el contrato de seguro, la entidad aseguradora queda liberada de su obligación de pago de la indemnización correspondiente.



3 ¿Qué sucede si no pago alguna de las primas siguientes?

En el caso de impago de una de las primas siguientes, el apartado 2.º del art. 15 de la LCS dispone que la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

El impago de una de las primas siguientes, lógicamente, presupone que el contrato, que ya había comenzado a desplegar todos sus efectos con anterioridad,

se ha prorrogado automáticamente y que ninguna de las partes lo ha denunciado en los términos del art. 22 de la LCS.

En estos casos, desde el impago de la prima sucesiva, durante el primer mes el contrato continúa vigente y con ello la cobertura del seguro, por lo que si acaece el siniestro en este periodo de tiempo, la compañía esta obligada a indemnizar al asegurado en los términos convenidos en el contrato y responde frente al tercero que ejercite la acción directa del art. 76 de la LCS.

A partir del mes siguiente al impago de la prima, y durante los cinco siguientes, mientras el tomador siga sin pagar la prima y el asegurador no haya resuelto el contrato, la cobertura del seguro queda suspendida. Esto significa que, entre las partes no despliega efectos, en el sentido de que acaecido el siniestro durante este periodo de tiempo, la aseguradora no lo cubre frente a su asegurado (el asegurado no puede exigir a la aseguradora la cobertura pactada en la póliza del contrato de seguro). Sin embargo, la suspensión de la cobertura del seguro no opera frente al tercero que ejercite la acción directa del art. 76 de la LCS, en la medida en que este mismo precepto prevé que la acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado.

El tercero perjudicado es inmune a las relaciones existentes entre aseguradora y asegurado, siempre que el siniestro se produzca, como mucho, dentro de los seis meses siguientes el vencimiento de la prima sucesiva no pagada. En efecto, siempre y cuando los hechos del siniestro hayan ocurrido dentro de los plazos que marca el art. 15.2 de la LCS, el tercero perjudicado no dejará de percibir su indemnización a cargo de la entidad aseguradora —siempre que se trate de un riesgo cubierto por el contrato de seguro— aunque ésta, a su vez, repita más tarde contra el tomador del seguro si considera que, ante el impago de la prima y transcurso de los plazos marcados resultó que la aseguradora se vio obligada a pagar a los perjudicados. Dicho de otra forma, el tercero perjudicado es inmune a los efectos previstos por el art. 15 de la LCS, ya que en el caso de impago de las primas subsiguientes del contrato, pasado el primer mes queda en suspenso hasta transcurridos cinco meses más en que el contrato se extingue por mandato de la ley si el asegurador no reclama el pago. La entidad aseguradora puede resolver el contrato o bien exigir el pago de la misma, manteniéndolo entre tanto en suspenso pero hasta que la resolución del contrato no se produzca, este subsiste y por tanto la aseguradora sin perjuicio de su facultad de repetición frente al asegurado, viene obligada al pago de la indemnización. Pero el hecho de hallarse suspendida la póliza no afecta a terceros, salvo que el siniestro se produzca más allá del periodo de suspensión.

Transcurridos los seis meses desde el impago de la prima, sin que el asegurador hubiera reclamado su pago, el contrato de seguro quedará extinguido de forma automática y por efecto de la propia disposición legal, sin que sea preciso instar la resolución por alguna de las partes. Lógicamente, el siniestro acaecido con posterioridad a la extinción del contrato no queda cubierto por el seguro, y por ello el asegurador no sólo no responderá de la indemnización frente al asegurado, sino que tampoco lo hará frente al tercero que pretenda ejercitar la acción directa. Sin embargo, que los siniestros acaecidos después de transcurrir seis meses desde el impago de la prima sucesiva (o de alguno de sus fraccionamientos) no queden cubiertos por el seguro inicialmente convenido, tampoco frente a terceros perjudicados, no quiere decir que la aseguradora, acreedora de la prima, no pueda reclamar su pago con posterioridad.



En efecto, la jurisprudencia más reciente del TS (resulta relevante la STS 666/2015, de 9 de diciembre) ha aclarado que el art. 15.2 de la LCS regula los efectos del impago de una prima sucesiva, no el plazo para su reclamación. En consecuencia, el plazo de seis meses previsto en el art. 15.2 de la LCS para la reclamación de las primas adeudadas, lo es para evitar el efecto legal de la extinción del contrato de seguro. Este plazo no puede interpretarse, (aun cuando este es el parecer de un sector muy relevante de la doctrina) como un plazo de caducidad, cuyo transcurso impida la posterior reclamación del pago de aquella prima. Por lo tanto, **la entidad aseguradora puede reclamar la prima vencida y no pagada pero no la sucesiva si ante el impago no ha reclamado la deuda dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento.**

Resulta de aplicación en estos supuestos el art. 23 de la LCS, que es el precepto que regula los plazos de prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro y entre ellas la reclamación de las primas adeudadas, señalando que este plazo es de dos años si se trata de un seguro de daños y de cinco si el seguro es de personas.

Por lo tanto, para que prescriba la acción de la entidad aseguradora para poder reclamar al tomador del seguro el pago de la prima, debe transcurrir, desde la fecha de su vencimiento, un lapso de dos o de cinco años, en función de si estamos en presencia de un seguro de daños o de personas, respectivamente. El cómputo de este plazo, por tratarse de un plazo de prescripción, puede interrumpirse mediante una reclamación judicial o extrajudicial (*v. gr.*, mediante una reclamación formulada por la entidad aseguradora mediante burofax dirigido al domicilio del tomador del seguro, requiriéndole el pago de la prima subsiguiente).

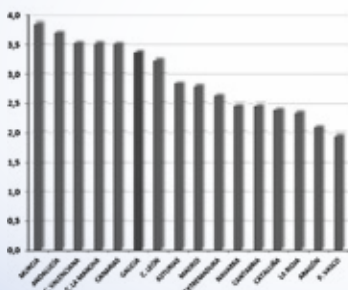
4 Peculiaridades del impago de la prima en los seguros de vida (también con referencia al problema de los seguros de vida en el concurso del empresario)

4.1 Las consecuencias del impago de la prima en los seguros de vida

Una de las principales diferencias de los seguros de vida respecto de los seguros de daños se manifiesta en relación con las consecuencias del impago de la prima, en tanto que no se aplican las reglas previstas para el resto de contratos de seguro establecidas en el art. 15 de la LCS. En los seguros de vida, el importe de la prima se calcula tomando en consideración la esperanza media de vida y las tablas de mortalidad. Comoquiera que es obvio que el riesgo se incrementa con el paso de los años, a efectos de establecer sistemas de pago de una prima uniforme durante la vigencia del contrato, se establecen sistemas de cálculo que determina que, en los primeros años, el seguro cubra con exceso el riesgo, mientras que en los últimos años se producirá un déficit que es compensado con los excedentes de la prima capitalizados y adecuadamente invertidos. Los referidos excedentes de la prima conforman la denominada reserva matemática que permite, entre otras cosas, reducir el seguro, el rescate de la póliza, la pignoración o la obtención de anticipos sobre la póliza.

EDAD MEDIA Y PRESTACIÓN MEDIA DE LOS SINIESTROS

Prestación/Renta per cápita



C. Autónoma	Promedio Edad	Promedio Pago
ANDALUCÍA	48,5	45.026,50 €
ARAGÓN	47,9	35.067,76 €
ASTURIAS	49,9	44.262,95 €
CANARIAS	49,9	44.113,86 €
CANTABRIA	49,9	37.567,09 €
CASTILLA LA MANCHA	46,6	44.560,95 €
CASTILLA LEÓN	48,0	49.541,28 €
CATALUÑA	49,9	41.330,69 €
COM VALENCIANA	48,9	47.594,57 €
EXTREMADURA	52,4	30.362,81 €
GALICIA	48,0	48.060,21 €
LA RIOJA	46,8	37.963,41 €
MADRID	49,2	50.644,55 €
MURCIA	49,2	48.188,15 €
NAVARRA	50,9	47.095,23 €
PAÍS VASCO	51,0	38.944,23 €

En el supuesto de falta de pago de la prima, una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no puede superar los dos años contados desde la fecha de conclusión del contrato, no se produce la resolución del contrato, sino la **reducción del seguro**, de conformidad con lo dispuesto en el art. 95 de la LCS. En consecuencia, el seguro continua en vigor, a pesar de que el tomador no haya pagado la prima periódica contemplada en el contrato, si bien, en este supuesto, en caso de fallecimiento del asegurado, el beneficiario sólo percibirá el importe que corresponda a tenor de la reserva matemática prevista en la propia póliza, en la que se contemplará la correspondiente tabla de valores.

El tomador del seguro de vida tiene también derecho al **rescate de la póliza**. El tomador de este tipo de seguro puede denunciar el contrato, percibiendo del asegurador el importe que, en esa fecha, le corresponda de conformidad con la reserva matemática contemplada en la póliza (art. 96 de la LCS). En el caso de que el asegurado no deseara rescatar la póliza pero **tuviera necesidad de liquidez en un momento de su vida**, puede utilizar el concepto de **anticipo**, que no es otra cosa que percibir un determinado porcentaje del valor de rescate, a cambio de continuar pagando la prima más los intereses por el anticipo concedido.

Ha de tenerse en cuenta que, con la finalidad de evitar que el derecho del beneficiario del seguro de vida quede vacío de contenido, en los supuestos de designación de éste con carácter irrevocable, el tomador pierde sus derechos de rescate, anticipo, reducción y pignoración de la póliza (art. 87.2 de la LCS).

En los casos de los **seguros de vida entera con primas temporales**, éstas se pagan solamente **durante el periodo convenido** como duración de pago de primas. Comoquiera que la ocurrencia del fallecimiento es la misma y el periodo de pago de primas inferior, **las primas serán mayores que las del seguro de vida entera con primas vitalicias**. El seguro, aunque haya finalizado el periodo por el que se ha concertado el pago de primas, **continúa en vigor hasta que ocurra el fallecimiento del asegurado o el rescate** de la póliza por parte del tomador. Como las primas son más elevadas que en los seguros de vida de primas vitalicias, **la reserva matemática crece más rápido y**, por tanto, los valores de rescate y anticipo también.

4.2 ¿Qué ocurre en el supuesto de concurso del tomador del seguro de vida?

A los acreedores del tomador del seguro de vida se les conceden dos tipos de facultades: 1.^a) La reclamación de las primas satisfechas en fraude de sus derechos; 2.^a) La reducción del seguro en caso de concurso, que lleva consigo que se dejen de pagar las primas.

En relación con los derechos de los acreedores sobre las primas satisfechas en fraude de sus derechos, se distinguen dos momentos:

1.º) Reclamaciones realizadas tras el fallecimiento del asegurado, siendo éste a la vez el tomador del seguro. En este caso se permite a los acreedores exigir al beneficiario el importe de las primas satisfechas en fraude de sus derechos. Sobre esta acción se plantean las siguientes cuestiones:

- a) La naturaleza de la acción que se atribuye a los acreedores. Esta cuestión es objeto de las dos siguientes respuestas: 1.^a) Entender que se trata de una aplicación de la acción revocatoria o pauliana del art. 1111 del CC. 2.^a) Entender que más bien se trataría de una acción rescisoria especial, toda vez que el obligado a la devolución no es el que recibió las primas pagadas en fraude sino la persona que se aprovechó de ellas. La acción tiene una naturaleza especial, aunque presenta similitudes con la acción pauliana del art. 1111 del CC, por lo que le es aplicable la doctrina sobre ésta.

En cuanto a los efectos y requisitos de la acción de que disponen los acreedores frente al beneficiario, pueden sintetizarse de la manera que siguen: a) El acreedor para poder ejercitar la acción debe haber procedido, antes, contra el patrimonio relicto, y posteriormente, en caso de insuficiencia de aquél, contra el heredero que hubiera aceptado

pura y simplemente. *b)* En principio sólo podrá reclamar las primas satisfechas con posterioridad al nacimiento de su derecho de crédito, salvo que la contratación del seguro se hubiera hecho en previsión al fraude del derecho del futuro acreedor. *c)* El acreedor que ejercite la acción hará suyo directamente lo obtenido, sin que se confunda con el resto del activo del patrimonio relicto.

Si la herencia es declarada en concurso de acreedores, cabría el reintegro de las primas satisfechas en fraude de los derechos de los acreedores. Dicha acción sería ejercitada por la administración concursal —o, subsidiariamente, por el propio acreedor— a través del ejercicio de las acciones de reintegración concursal contempladas en los arts. 71 y ss. de la LC.

- b)** En el caso de que el beneficiario tenga, a su vez, acreedores ha de resolverse la cuestión atinente a la prelación de los derechos de crédito de que son titulares los acreedores del beneficiario y los de la herencia. También en este caso la cuestión ha recibido dos respuestas diversas: *a)* Sobre la indemnización recibida por el beneficiario tendrían preferencia los acreedores del tomador del seguro hasta el importe de las primas satisfechas en fraude de sus derechos. *b)* En ningún caso pueden tener preferencia los acreedores del tomador sobre la indemnización y ello porque la prestación, como ya se ha dicho, pasa directamente del patrimonio de la entidad aseguradora al del beneficiario. Por ello se integra en el patrimonio del beneficiario y el único derecho que tienen los acreedores del tomador es a pedir la restitución de las primas satisfechas en fraude de sus derechos, sin que para ello puedan tener ninguna preferencia. En consecuencia, deberán proceder contra el patrimonio del beneficiario como un acreedor más sin ostentar privilegio sobre la indemnización.

2.º) Reclamaciones realizadas antes del fallecimiento del asegurado. Para este supuesto la LCS, otorga el derecho de reducción del contrato del seguro, lo que implica, conforme a lo dispuesto en el art. 95 de la LCS, que se deje de pagar la prima, reduciéndose el seguro con arreglo a la tabla de valores inserta en la póliza. Por lo tanto, el contrato queda subsistente pudiendo ser rehabilitado en cualquier momento. Debe destacarse que, con la finalidad de fomentar el mercado del seguro, el único derecho que se les conceda a los acreedores es el de reducción, de manera que no puedan pedir el rescate del seguro (como, por el contrario, permitía el derogado art. 429 del CCom) ni tampoco anticipos.

En contra de la limitación referida, cabría sostener que dado el valor patrimonial que tiene el rescate y el anticipo, no se atisba la razón que fundamenta

que, con arreglo a la LC, que es norma posterior, no se puedan ejercitar estos derechos de rescate o anticipos. Asimismo también cabe argumentar que, si de acuerdo con lo dispuesto en el art. 99 de la LCS, la póliza puede ser objeto de cesión, también debe ser posible el embargo de la misma y la aportación a la masa concursal, lo que posibilitaría el ejercicio de los derechos mencionados.

VIII. ¿QUÉ OTROS DEBERES ME CORRESPONDEN COMO TOMADOR DE UN SEGURO DE DAÑOS?

1 El deber de declarar las circunstancias sobrevenidas que afectan a la valoración del riesgo asegurado: el cambio en las respuestas al cuestionario del asegurador

La propia naturaleza del vínculo contractual derivado de la concertación de un seguro, caracterizado como expresión de la máxima buena fe contractual —«*uberrimae bonae fidei*»— exige la colaboración del futuro asegurado en el momento de formación del contrato, de manera tal que, con plena lealtad, manifieste al asegurador todas aquellas circunstancias que pueden influir en la decisión del asegurador de aceptar o no el riesgo objeto de cobertura o en el cálculo de la prima del seguro y que tratándose de circunstancias íntimas y personales sólo el asegurado conoce. El conocimiento de estas circunstancias permite a la aseguradora emitir un consentimiento contractual no viciado. El fundamento de este deber de declaración de riesgo ha de situarse en la buena fe contractual.

Esta obligación del asegurado de declarar el riesgo al asegurador, establecida con la finalidad de que la entidad aseguradora tenga la oportunidad de conocer las circunstancias susceptibles de influir en la asunción o en el rechazo del riesgo objeto de cobertura, antes de la conclusión del contrato, ha sido positivizada en el art. 10 de la LCS, a tenor del cual, el tomador del seguro —o el asegurado, si es persona distinta, y sólo él conozca ciertos datos relevantes— tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que pueden influir en la valoración del riesgo. El art. 3 de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, de adaptación al Derecho español de la Directiva 88/357/CEE, sobre libertad de servicios en seguros distintos al de vida y adaptación de la legislación de seguros privados, ha añadido un inciso final al art. 10.1 de la LCS, del siguiente tenor: «*Quedarán exonerados de tal deber [el tomador del seguro] si el asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del*

EJEMPLO DE UN CUESTIONARIO GENÉRICO DE UN SEGURO DE VIDA

Todos los campos son obligatorios

- | | | |
|--|----|----|
| 01. Peso: | | kg |
| 02. Altura: | | cm |
| 03. ¿Eres fumador?: | No | Sí |
| 04. ¿Sigues tratamiento por hipertensión?: | No | Sí |
| 05. ¿Sigues tratamiento por colesterol?: | No | Sí |
| 06. ¿Consumes bebidas alcohólicas?: | No | Sí |
| 07. ¿Tienes una profesión de riesgo?: | No | Sí |
| 08. ¿Eres mutualista?: ... | No | Sí |

Requisitos a cumplir

No he padecido ni padeczo, ni he recibido tratamiento alguno por enfermedad endocrina, metabólica, infecciosa (incluyendo infección por HIV), cardio-vascular (incluye hipertensión arterial), pulmonar, digestiva (especial referencia a enfermedades hepáticas), oncológica (incluida carcinoma in situ), neurológica o psiquiátrica.

No he sido sometido en los últimos 3 años, ni tengo previsto someterme próximamente a: Prueba diagnóstica alguna, intervención quirúrgica, tratamiento de radio o quimioterapia, ni tratamiento que requiera estancia hospitalaria.

No tengo concedido grado alguno de incapacidad o minusvalía superior al 25%, ni estoy tramitando la concesión.

No consumo ni he consumido estupefacientes o drogas.

No he permanecido más de 3 semanas de baja laboral en los últimos 3 años, exceptuando bajas por maternidad.

Sí, cumplo con todos los requisitos especificados arriba.

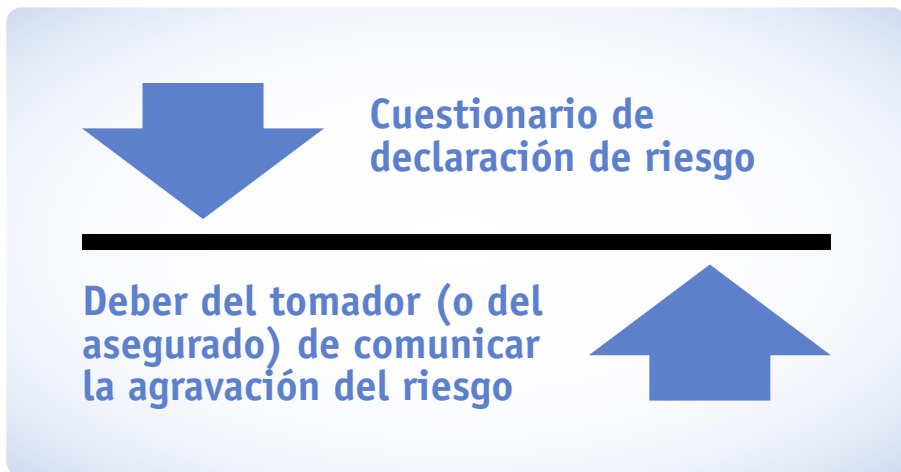
*riesgo y que no estén comprendidas en él». De esta forma, es sobre el asegurador sobre quien pesa la carga de preguntar y cuestionar las posibles incidencias o circunstancias personales del asegurado que repercutan en el riesgo asegurado, habiéndolas de responder el asegurado, sin que sea el propio tomador quien declare «*motu proprio*» las circunstancias que influyan en la estimación del riesgo. Por esta razón, en ciertos seguros de personas, como son los de vida, enfermedad*

y asistencia sanitaria, la declaración del riesgo por el tomador puede abarcar no sólo la respuesta al cuestionario sino la realización de otras pruebas, como pudieran ser el reconocimiento médico o el sometimiento a pruebas clínicas concretas, incluso de cierta entidad. Ello supone que el incumplimiento de este deber por el asegurado radicaría más bien en la falta de veracidad (inexactitud u omisión) en las respuestas, pero no en la omisión de datos sobre los que no fue consultado, aunque fueran relevantes. Y, por lo tanto, como señala el propio art. 10 de la LCS, quedará el asegurado exonerado de tal deber si el asegurador no le somete a cuestionario o cuando aún sometiénolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El riesgo rara vez permanece estanco durante la vigencia del contrato de seguro, sino que se agrava o se mitiga, siendo estas alteraciones esenciales en orden a mantener la correlación entre la prima y el riesgo. Pues bien, el art. 11 de la LCS, reformado por el Ley 20/2015, de 14 de julio, establece la obligación del tomador del seguro o del asegurado de comunicar al asegurador, tan pronto como les resulte posible, la alteración de los factores y de las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el art. 10 de la LCS, que son aquéllas que pueden influir en la valoración del riesgo y que hayan sido declaradas en el cuestionario previsto en este precepto, siempre que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por la aseguradora en el momento de concertar el contrato de seguro, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el tomador del seguro o para el asegurado. Esta obligación de comunicación se mantiene durante todo el tiempo de vigencia del contrato de seguro. Sin duda el aspecto más relevante de la reforma de esta obligación llevada a cabo en el año 2015 y que entró en vigor el día 01 de enero de 2016, radica en el hecho de que la obligación de comunicación se limita únicamente a la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario al que el asegurado es sometido a la hora de solicitar la formalización de una póliza de seguro por la entidad aseguradora. En efecto, el principio de fidelidad en la declaración del riesgo y en sus modificaciones sobrevenidas toma como referencia las contestaciones realizadas por el tomador del seguro ante el cuestionario inicial del riesgo. De esta forma **si no hay cuestionario, si no hay declaración inicial del riesgo según el art. 10 de la LCS, no puede entenderse que haya infracción de la obligación de declaración del riesgo y tampoco habrá infracción del deber de comunicar la agravación sin que exista un cuestionario previo presentado por el asegurador al tomador del seguro.**

En consecuencia si el deber de declaración inicial del riesgo **equivale actualmente a contestar al cuestionario presentado por la entidad aseguradora** (art. 10 de la LCS), sólo deben comunicarse las agravaciones que afecten

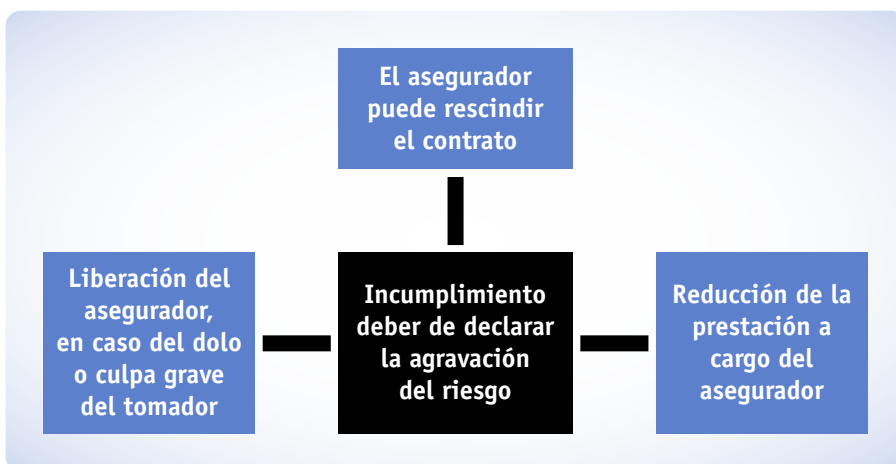
al riesgo declarado en su día, y no, en cambio, otras que, aunque incrementen realmente el riesgo, afecten a circunstancias que la aseguradora no incluyó, en el momento de contratar el seguro, en el cuestionario. La reforma de julio de 2015 ha despejado cualquier duda respecto de la adecuación de esta afirmación mediante la modificación introducida en el apartado 1.º del art. 11 de la LCS, que limita la consideración de agravación de obligada comunicación a «*la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior*». En todo caso ha de tenerse en cuenta que uno y otro deber son declaraciones de conocimiento que incumben al tomador o al asegurado, por lo que no se incumple el deber si el asegurado no declara un hecho *por no conocerlo*, aunque objetivamente exista y afecte al riesgo que el contrato pone a cargo de la entidad aseguradora.



El deber de comunicación de las circunstancias sobrevenidas que afecten al riesgo declarado, supone, *v. gr.*, que si al contratar un seguro de robo de un establecimiento mercantil, el tomador del seguro declara que cuenta con un sistema de vigilancia y, durante el curso del contrato, prescinde de él para ahorrar gastos, está obligado (*ex art. 11 de la LCS*) a comunicarlo a la aseguradora para que ésta pueda optar entre seguir asumiendo el riesgo o no, y si aquél no lo hace y se produce un siniestro, corre el riesgo de perder toda o parte de la indemnización (art. 12 de la LCS).

Las consecuencias del incumplimiento del deber de comunicación la agravación del riesgo son las establecidas en el art. 10.II de la LCS (*v. gr.*, STS de 4 de diciembre de 2014) y consisten en:

- a) La facultad del asegurador de rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitudes del tomador del seguro.
- b) La reducción de la prestación del asegurador proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Esta reducción se produce únicamente si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.
- c) La liberación del asegurador del pago de la prestación. Este efecto solo se produce, a tenor del art. 10.II de la LCS, último inciso, si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro.



El referido deber de comunicar las circunstancias sobrevenidas que incidan en el riesgo declarado, incrementándolo, se restringe en los casos de **seguros de personas** (respecto de éstos, el deber inicial de declaración de riesgo se contempla en el art. 89 de la LCS), en los que, a tenor de lo dispuesto en el apartado 2.º del referido art. 11 de la LCS, el tomador o el asegurado no tienen la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que no se consideran como agravación del riesgo. Con esta modificación —hasta la reforma llevada a cabo por la Ley 20/2015, respecto de los seguros de personas existía una regulación especial respecto de la declaración inicial del riesgo, pero no respecto de la comunicación de las modificaciones sobrevenidas del mismo— se pretende zanjar una de las cuestiona más litigiosas que suscitaba este precepto constituida por los seguros de salud en los casos en los que los asegurados no comunicaban a la

entidad aseguradora la variación de su estado de salud; sin perjuicio de que el referido carácter problemático del art. 11 de la LCS se minoraba a tenor de una posición jurisprudencial asentada sobre el carácter restrictivo con el que se debían interpretar las circunstancias que agravan el riesgo y que debían ser comunicadas por el tomador o por el asegurado a la entidad aseguradora (*v. gr.*, STS de 31 de mayo de 1997, cuya doctrina vino a modificar la STS de 08 de enero de 2008, respecto de la declaración de riesgo en el seguro de vida, al exigir la declaración de riesgo de una enfermedad previa a la contratación del seguro, que se diagnosticó con posterioridad a esta fecha).

La razón de este distinto tratamiento de los seguros de daños y de los seguros de personas es fácilmente inteligible: en el seguro de daños (*v. gr.*, seguro de robo, de incendio o de daños por agua,...), la probabilidad de que se produzca el siniestro permanece inalterada a lo largo de la vigencia del contrato de seguro salvo que se produzca un agravamiento del riesgo, que es necesario declarar. En cambio, en los seguros de personas, **el empeoramiento en el estado de salud del asegurado es un hecho consustancial al riesgo y previsible por la aseguradora en el momento de contratar**, por lo que debe partirse de un concepto restringido de agravación del riesgo. En efecto, es consustancial al envejecimiento que la salud empeore y vayan surgiendo enfermedades. Pues bien, si en estos casos de enfermedad sobrevenida del asegurado concurriese el deber de comunicar el agravamiento del riesgo a la entidad aseguradora, dándole la oportunidad de rescindir el contrato de seguro, es evidente que estos seguros perderían gran parte de su razón de ser. Si la aseguradora pudiera, al recibir la comunicación de que al asegurado le ha sido diagnosticada una enfermedad grave, que puede causar la muerte del asegurado en una fecha anterior a la estadísticamente prevista, pasar a cobrarle una prima más alta o denunciar el contrato, **el seguro sólo habría servido a la aseguradora para cobrar la prima, sin cubrir efectivamente el riesgo que pretende asegurarse.**

Vinculada a la modificación sobrevenida del riesgo asegurado se encuentra la cuestión atinente **la reducción de la prima en el caso de disminución del riesgo**. El art. 13 de la LCS, correlativo al deber de comunicar las agravaciones del riesgo que acaba de ser expuesto, contiene el régimen de reducción del riesgo declarado. Durante la vigencia del contrato de seguro, el tomador o el asegurado pueden poner en conocimiento de la aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y que sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas en el momento de la perfección del contrato, éste se hubiese concluido en condiciones más favorables para el tomador. Pues bien, en estos supuestos, al finalizar el periodo temporal en curso cubierto por la prima pagada, deberá reducirse el importe de ésta para el futuro en la proporción correspondiente. En

caso de que la aseguradora no proceda de esta manera, el tomador tiene derecho a la resolución del contrato y a la restitución, en su caso, de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde la fecha en la que puso en conocimiento de la aseguradora la disminución del riesgo asegurado.

2 Otros deberes de información al asegurador: la contratación de otros seguros, la constitución de derechos de garantía, la transmisión o traslado del objeto asegurado y la comunicación de la apertura de la liquidación en el concurso.

2.1 El deber de comunicar la contratación de otros seguros

El art. 32 de la LCS, para el caso de los seguros de daños y el art. 101 de la LCS, para los seguros de accidentes —siendo esta norma aplicable también a los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria— establecen el deber de comunicar a la entidad aseguradora los demás seguros que se contraten en los casos en los que el asegurado incurra en una situación de seguro cumulativo; esto es, el deber de comunicar la existencia de una pluralidad de seguros sobre un mismo riesgo.

La finalidad de la imposición de este deber legal está constituida por promover que los distintos aseguradores evalúen la magnitud completa del riesgo de accidentes que van a sumir parcialmente. Con ello se les pretende dotar de un instrumento para luchar contra eventuales conductas defraudatorias de los asegurados mediante la suscripción de pólizas de pequeño importe para obtener una suma total relevante.

El deber del asegurado consiste en notificar a la aseguradora la existencia de otros contratos de seguro concertados que tienen por objeto la cobertura de un mismo riesgo, pudiendo sostenerse que el contenido de esta obligación se limita a la notificación a cada asegurador de los contratos de seguro concertados con anterioridad al que se pretende suscribir.

La LCS no sanciona la existencia de varios seguros simultáneos en los que el tomador haya incumplido el deber de comunicación que nos ocupa. El incumplimiento de este deber simplemente otorga a la aseguradora el derecho a reclamar los daños y perjuicios debidamente acreditados que tal incumplimiento de la haya deparado (STS de 1 de febrero de 1991).

2.2 El deber de comunicar la constitución de derechos de garantía que gravan los bienes asegurados

Como ya se ha indicado, los seguros de daños tienen un carácter plenamente indemnizatorio, razón por la cual solamente tiene derecho a percibir la indemnización el propietario del bien asegurado, puesto que es el único al que se puede otorgar la calificación de beneficiario del seguro, debido a que si la entidad aseguradora pagase la indemnización a cualquier otra persona se produciría un enriquecimiento injusto. Cuestión distinta es la atinente a los derechos de los titulares de garantías reales —prenda e hipoteca— sobre los bienes objeto de los seguros de daños.

Los derechos de los acreedores titulares de garantías reales que gravan bienes asegurados sobre las indemnizaciones que correspondan al propietario por razón de daños o menoscabos padecidos por estos bienes se regulan en los arts. 40 a 42 de la LCS. El art. 40 de la LCS regula el alcance de ese derecho prescribiendo que el derecho de los acreedores hipotecarios, pignoraticios o privilegiados sobre bienes especialmente afectos se extenderá a las indemnizaciones que correspondan al propietario por razón de los bienes hipotecados, pignorados o afectados de privilegio, si el siniestro acaeciere después de la constitución de la garantía real o del nacimiento del privilegio. A este fin este precepto de la LCS **impone al tomador del seguro o al asegurado el deber comunicar a la aseguradora la constitución de la hipoteca, de la prenda o el privilegio cuando tuviera conocimiento de su existencia**. Este deber resulta particularmente relevante en casos como los seguros agrarios combinados, en los que, como ahora se expone, la aseguradora no podrá pagar la indemnización al asegurado sin el previo consentimiento del titular del derecho real de garantía sobre el bien asegurado (*v. gr.*, inmuebles, maquinaria agrícola, semovientes, cosechas, etc.).

La entidad aseguradora a la que se haya notificado la existencia de estos derechos de garantía real no podrá pagar la indemnización debida sin el consentimiento del titular del derecho real o del privilegio. En caso de contienda entre los interesados o en el caso de que la indemnización hubiera de hacerse efectiva antes del vencimiento de la obligación garantizada, se depositará su importe en la forma que convenga a los interesados, y en defecto de convenio en la establecida en los arts. 1176 y ss. del CC. Si el asegurador pagase la indemnización, transcurrido el plazo de tres meses desde la notificación del siniestro a los acreedores sin que éstos se hubiesen presentado, quedará liberado de su obligación.

A su vez, el art. 41 de la LCS prevé las consecuencias para el acreedor hipotecario de la extinción del contrato de seguro, señalando que la extinción

del contrato de seguro no será oponible al acreedor hipotecario, pignoraticio o privilegiado hasta que transcurra un mes desde que se le comunicó el hecho que motivó la extinción. Los acreedores a que se refiere este artículo podrán pagar la prima impagada por el tomador del seguro o por el asegurado, aun cuando éstos se opusieren. A este efecto, el asegurador deberá notificar a dichos acreedores el impago en que ha incurrido el asegurado.

Por su parte, el art. 42 de la LCS regula el derecho del acreedor en el caso de la reconstrucción del bien siniestrado, precisando que, en el caso de que la indemnización haya de emplearse en la reconstrucción de las cosas siniestradas, el asegurador no pagará la indemnización si el asegurado y los acreedores a que se refieren los artículos anteriores no se ponen de acuerdo sobre las garantías con las que aquéllas han de quedar afectadas a la reconstrucción. En caso de que no se llegue a un acuerdo se depositará la indemnización conforme a lo dispuesto en el artículo cuarenta.

Del contenido de los referidos preceptos de la LCS todo lo anterior se deduce lo siguiente:

- 1.º) Comoquiera que los seguros de daños tienen un carácter plenamente indemnizatorio, los derechos del acreedor hipotecario se extienden a la indemnización de los bienes objeto de la garantía, puesto que de no ser así, si se destruyese el bien gravado con la hipoteca (o con la garantía real de que se trate), el acreedor no podría hacer efectivo su derecho de garantía, mientras que el propietario sí podría tener un enriquecimiento injusto.
- 2.º) El tomador o el asegurado deben comunicar a la aseguradora la existencia o la constitución de la garantía real sobre el asegurado.
- 3.º) En caso de siniestro, la entidad aseguradora tendrá que solicitar el consentimiento del acreedor titular activo de una garantía real (prenda o hipoteca) para poder pagar la indemnización al asegurado. Pasados tres meses desde que haya formulado esta solicitud sin que medie oposición por parte del mismo, se presume prestado dicho consentimiento. En caso de que no se llegue a un acuerdo entre el titular activo de la garantía real y el asegurado sobre como reconstruir el bien o sobre cualquier otro aspecto, la indemnización habrá de ser consignada judicialmente.
- 4.º) La aseguradora debe comunicar al acreedor titular activo de una garantía real (hipotecario o pignoraticio) la extinción del contrato de seguro o el impago de la prima. La extinción del contrato de seguro no es oponible frente al titular activo de la garantía real hasta que no haya transcurrido un mes desde que se le comunicó el hecho que motivó la extinción del

contrato de seguro. Además, el titular de la garantía real, para proteger la integridad de su derecho de garantía, puede abonar la prima impagada por el tomador, aún frente a la oposición del tomador y/o del asegurado.

- 5º) El titular activo de la garantía real sobre el bien asegurado en ningún caso tiene derecho a cobrar la indemnización correspondiente al siniestro del bien, puesto que únicamente posee los derechos que le otorga el ordenamiento, es decir, la garantía real que pesa sobre el bien se extiende a la indemnización, pero dicha indemnización únicamente puede ser entregada al titular del bien asegurado (a su propietario).

Sin perjuicio de lo afirmado en el párrafo precedente, existen contratos de seguros de daños (con frecuencia seguros multirriesgo del hogar) en los que se establece que el beneficiario del seguro es el acreedor hipotecario o que el propietario del bien cede sus derechos sobre la indemnización a la entidad de crédito o cualquier otra cláusula que implique la concesión de derechos al acreedor hipotecario superiores a los que les atribuye la LCS. Este tipo de prácticas contractuales vulnera el carácter indemnizatorio de los seguros de daños, con frecuencia supone un abuso de posición dominante y vulnera también las exigencias de la buena fe contractual. Por estas razones, el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP, en el ejercicio de la competencia que le atribuye el art. 119 de la LOSSEAR, califica estas prácticas como inadecuadas y contrarias a las buenas prácticas y usos en el ámbito de los seguros privados.

2.3 El deber de comunicación al asegurador de la transmisión del objeto asegurado

La LCS impone al asegurado el deber de comunicar al asegurador —o a sus representantes (la comunicación es válida si se realiza a través del agente o manifestando los hechos al corredor o agente libre) la transmisión del objeto asegurado. Esta comunicación ha de verificarse en forma escrita, si bien este requisito de forma se concibe como un requisito «*ad probationem*», de manera que puede considerarse cumplido el deber cualquiera que sea el medio utilizado para poner en conocimiento del adquirente la existencia de la cobertura aseguradora (la realización de la comunicación en forma no escrita no determina su no validez). El plazo de que dispone el asegurado para realizar esta comunicación a la aseguradora es de quince días desde el momento en que se produzca la efectiva transmisión del objeto asegurado (art. 34.II de la LCS, inciso 2.º). Este deber se vincula con la facultad de denuncia unilateral del contrato de seguro que se atribuye al asegurador, para el caso de transmisión del objeto asegurado, en el art. 35 de la LCS.

La falta de comunicación de la transmisión del objeto y del interés asegurado no determina la desaparición de la cobertura del seguro —como sí sucede en el caso de desaparición del interés asegurado—, sino que los efectos que de aquella omisión se derivan son los propios de la privación a la aseguradora de la facultad de rescisión del contrato de seguro en los términos previstos en el art. 35 de la LCS, manteniéndose la cobertura del seguro.

El incumplimiento por el asegurado del deber de comunicar a la aseguradora la transmisión del objeto asegurado tiene como consecuencia jurídica la posibilidad de que el asegurador ejercite frente al asegurado incumplidor una acción de indemnización de daños y perjuicios (con fundamento en los arts. 1101 y concordantes del CC), ha sido asumida de manera generalizada por los Jueces y Tribunales. Por otra parte, el incumplimiento del deber de comunicación de la transmisión del objeto asegurado a la entidad aseguradora no es una excepción oponible por ésta al tercero que ejercita la acción directa amparada en el art. 76 de la LCS.

3 El deber de comunicar la existencia del seguro a la víctima del daño en el seguro de responsabilidad civil

Comoquiera que, en el caso de seguro de responsabilidad civil, el perjudicado o sus herederos tienen acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación indemnizatoria (*ex* art. 76 de la LCS). A efectos de que el tercero perjudicado o sus herederos puedan ejercitar la acción directa frente a la aseguradora, el último inciso del art. 76 de la LCS le impone al asegurado —no al asegurador, ni al tomador— el deber de manifestarles la existencia del contrato de seguro y su contenido (el riesgo cubierto, los importes máximos de cobertura, así como la información necesaria sobre la propia entidad aseguradora). El legislador valora el conocimiento por parte del perjudicado del hecho de la existencia de un seguro y, por esta razón, le impone al asegurado el deber de manifestarlo a aquél en orden a tutelar al perjudicado, en particular frente a deudores —agentes o responsables del daño— insolventes, mediante el conocimiento de la existencia de un deudor solvente —la aseguradora— frente al que puede dirigir directamente su pretensión indemnizatoria o resarcitoria.

Ordinariamente se interpreta que **el deber que el art. 76 de la LCS impone al asegurado no impone la entrega de documentación relativa al seguro** —no es necesario aportarle copia de la póliza del contrato de seguro—, sino las líneas básicas y generales del contenido de la póliza, con la finalidad de que el tercero perjudicado pueda fundamentar frente a la aseguradora su pretensión indemnizatoria; pero sin que se le pueda exigir la prueba documental del contrato de

seguro de responsabilidad civil concertado. Consecuencia de esta limitación del contenido del deber de comunicación que nos ocupa, es que el perjudicado puede desconocer, en el momento de formalizar la pretensión indemnizatoria, la delimitación del riesgo asegurado, la cobertura concreta y delimitada de la específica responsabilidad civil, así como la suma asegurada e, incluso, la propia vigencia de la póliza. Por esta razón, la decisión lógica del perjudicado es ejercitar la pretensión indemnizatoria de manera acumulada frente al agente del daño y a la aseguradora de la responsabilidad civil de éste.

En todo caso, el perjudicado y también, en su caso, beneficiario de un seguro de vida, tiene también a su disposición las **diligencias preliminares** contempladas en el art. 256.1, aps. 2.º y 5º de la LECiv, en orden a obtener de la entidad aseguradora y con la finalidad del ejercicio de una futura acción judicialmente. Así lo han admitido expresamente los órganos jurisdiccionales (v. gr., el Auto de la AP de Madrid, Secc. 19ª, de 20 de mayo de 2005), concediendo a los perjudicados y los beneficiarios de un seguro de vida la posibilidad de dirigirse frente a la aseguradora para obtener las condiciones generales específicas del seguro y el importe de la garantía cubierta por la póliza, sin que a ello sea obstáculo el carácter de «*numerus clausus*» de las referidas diligencias preliminares que contempla la Ley procesal civil.

IX. ¿QUÉ OTROS DERECHOS ME CORRESPONDEN COMO TOMADOR O ASEGURADO EN UN SEGURO DE VIDA?

1 El derecho a rehabilitar la póliza después de haber dejado de pagar la prima en el seguro de vida

El derecho a rehabilitar la póliza en los contratos de seguro de vida consiste en poner de nuevo en vigor este seguro cuando éste se ha reducido o anulado en las mismas condiciones acordadas en el momento inicial, siempre que no se haya rescatado anteriormente el contrato.

Para que el tomado tenga este derecho, es necesario que no haya fallecido el asegurado y que se cumplan las condiciones del contrato. Si es así, se permite al asegurador proceder a una nueva selección del riesgo, mediante un nuevo reconocimiento médico del asegurado, pudiendo aceptar o rechazar libremente la rehabilitación a la vista del resultado de dicho examen médico, si la rehabilitación se solicita transcurridos seis meses desde la reducción o anulación de la póliza.

El tomador tiene la obligación de abonar las primas no satisfechas con anterioridad, incrementadas con los intereses de demora.

2 El derecho a terminar anticipadamente el contrato de seguro de vida para cobrar el valor de rescate de la póliza

En determinadas clases de seguros de vida, donde se constituyen reservas matemáticas, es un derecho del tomador, que puede ejercitar el derecho de rescate mediante solicitud, conforme a las tablas de valores fijadas en la póliza (art. 86 de la LCS).

Este derecho de rescate no concurre en los seguros temporales o en los de supervivencia para caso de muerte.

Para que el derecho a rescate pueda ejercitarse es necesario que concurren los siguientes requisitos:

- a) Que tal derecho se reconozca en el contrato.
- b) Que se hayan satisfecho íntegramente las dos primeras anualidades de prima.
- c) Que el contrato haya durado un cierto tiempo para que la aseguradora halle cierta compensación por los gastos en que ha incurrido.

3 El derecho a la reducción del seguro de vida

El derecho a la reducción del seguro es también, como acontece con el derecho de rescate, un derecho típico del tomador de seguros de vida donde se constituyen reservas matemáticas (art. 94 de la LCS).

En estos supuestos, se modifica la obligación de pago asumida por el asegurador y se transforma en otra igual a la que, teniendo en cuenta la edad actual del asegurado, correspondería si se pagasen todas las primas de este nuevo seguro bajo la forma de prima única. La cuantía de esta prima única es igual al valor del rescate de la póliza que se trate. La póliza debe contener la regulación de este derecho. En el caso de que el tomador del seguro sea declarado en concurso de acreedores, como ya se ha expuesto, los órganos de representación de los acreedores podrán exigir al asegurador la reducción del seguro.

4 El derecho a cobrar anticipos en el seguro de vida

En aquellos contratos en los que se contempla el derecho de rescate, como es el caso del contrato de seguro de vida, el tomador puede obtener un anticipo sobre la suma asegurada. El art. 97 de la LCS establece que el asegurador deberá conceder al tomador anticipos sobre la prestación asegurada, conforme a las condiciones fijadas en la póliza, una vez pagadas las dos anualidades de la prima del seguro.

Este derecho del tomador tiene un límite cuantitativo, constituido por el valor de rescate, que no puede ser superado. Este anticipo devenga un interés que debe abonar el tomador junto con las primas sucesivas.

5 El derecho de usar la póliza como garantía de pago en operaciones económicas

Mediante la cesión o la pignoración el seguro de vida, conforme a la posibilidad que abre el art. 99 de la LCS, éste puede transformarse en un instrumento de crédito y ello por cuanto la posición acreedora del tomador de este tipo de seguros, con anterioridad a la existencia del siniestro puede ser objeto de cesión; al tiempo que es admisible la constitución de derecho real de garantía pignoratícia de la póliza, habida cuenta del valor actual del derecho del tomador. Esta última posibilidad suele articularse mediante la designación de beneficiario a título de garantía.

En todo caso, su ejercicio está condicionado a que no se haya designado beneficiario con carácter irrevocable y ello por cuanto tanto la cesión de la póliza, como su pignoración implican la revocación del beneficiario del seguro de vida.

El art. 99 de la LCS permite que la póliza del contrato de seguro de vida se emita a la orden, en cuyo caso la cesión y la pignoración se realizarán mediante endoso, exigiéndose en ambas operaciones la comunicación, por escrito y de manera fehaciente a la entidad aseguradora.

5.^a parte

¿Cómo debo actuar cuando acontece un siniestro?

Fernando Peña López

Director de la Cátedra Fundación INADE-UDC. La gestión del riesgo y el seguro
Profesor titular de Derecho Civil de la *Universidad da Coruña*

X. LA GESTIÓN DEL SINIESTRO¹

El siniestro es el evento que desencadena la obligación del asegurador de pagar la indemnización al asegurado. El motivo por el que el empresario concierta los seguros es precisamente la posibilidad de obtener la reparación de los daños que puedan causar los siniestros cubiertos por la póliza. Ahora bien, para que el dinero de la indemnización llegue al patrimonio de la empresa cuanto antes (en los seguros de daños propios), o para que se abone la indemnización al tercero perjudicado sin poner en peligro el patrimonio del empresario (en los seguros de responsabilidad civil), conviene hacer las cosas de la mejor manera posible.

1 Algunas buenas prácticas de la organización empresarial que facilitan la gestión de siniestros

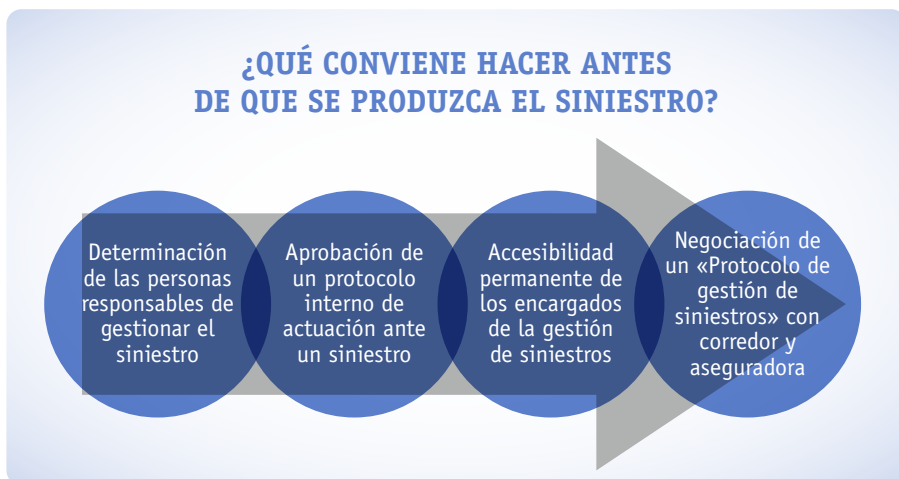
Antes incluso de que suceda un siniestro, existen una serie de medidas generales que se pueden adoptar en la organización empresarial y que contribuirán a la mejor gestión del siniestro en el momento en que éste se produzca. En este sentido se pueden indicar como buenas prácticas generales para mejorar la gestión del siniestro:

- El establecimiento de protocolos de actuación interna para la gestión de siniestros. Todos los miembros de la organización deben saber a quién han de comunicar el siniestro dentro de la empresa (al financiero, al jurídico, al gerente de riesgos, al encargado de la contratación y gestión de seguros, etc.) y cómo hacerlo (los datos que se van a necesitar, el formulario o modo en que debe efectuarse la comunicación, etc.).
- Los datos de contacto de las personas que dentro de la organización se van a encargar de gestionar el siniestro deben ser conocidos por todos los miembros de la misma, y estar permanentemente actualizados. Esas personas, por lo demás, deben encontrarse disponibles en todo momento para reaccionar con rapidez ante el evento.
- Acordar con el asegurador y el corredor un protocolo de actuación en caso de siniestros. A este documento se le suele denominar “protocolo de

1 El contenido de este capítulo está en parte inspirado en la “Guía de buenas prácticas en la gestión de siniestros”, publicada en 2012 por IGREA (Iniciativa de Gerentes de Riesgo Españoles Asociados). La guía está accesible en: <<http://www.igrea.es/index.php/biblioteca/noticias/item/88-guia-de-buenas-practicas-en-la-gestion-de-siniestros>>.

gestión de siniestros” y debe ser perfectamente conocido y comprendido por la/s persona/s dentro de la organización que se encarguen de gestionar los siniestros. En el protocolo se fijan los pasos a dar ante un siniestro en lo que se refiere a la relación asegurador-asegurado.

Adoptando las medidas que se proponen, sin duda, la empresa estará mucho más preparada y será capaz de reaccionar mucho mejor ante el siniestro. Una vez hecho esto, cuando el siniestro sucede, obviamente, la primera regla será aplicar los protocolos que se han acordado para su tramitación. Lo que se señalará en los siguientes apartados de este capítulo son normas jurídicas y —en otras ocasiones— buenas prácticas que habrán de tenerse en cuenta a la hora de diseñar correctamente los protocolos y acciones a los que se ha hecho referencia.



2 Primer paso: la comprobación preliminar del siniestro

Cuando en el entorno de la empresa se produce un acontecimiento susceptible de ser considerado un siniestro cubierto por alguna de sus pólizas de seguros, la empresa debe reaccionar de manera inmediata. Lo que procede antes de nada es:

- Mitigar en lo posible las consecuencias del siniestro. No sólo es una reacción lógica de cualquier persona razonable, es también un deber del asegurado consagrado legalmente. La empresa debe activar de inmediato los protocolos de seguridad y los mecanismos de atenuación que estén razonablemente a su disposición. El incumplimiento del deber de mitigar el daño tiene consecuencias de las que nos ocuparemos más adelante.

- Comprobar si efectivamente el evento puede ser cubierto o no por el seguro. A estas primeras averiguaciones las denominaremos “comprobación preliminar”.

a) Momento y finalidad de la comprobación preliminar

La comprobación preliminar es anterior a la comunicación del siniestro al asegurador. La ley establece un plazo de siete días para comunicar la existencia del siniestro a la entidad aseguradora, a no ser que se haya acordado un plazo más amplio (art. 16 LCS). Por consiguiente, hay tiempo suficiente para efectuar unas mínimas averiguaciones que permitan mejorar la gestión posterior del incidente.

Téngase en cuenta que hacer una primera evaluación interna básica de lo sucedido es siempre aconsejable. Es mejor comunicar el siniestro a los tres días y hacerlo correctamente, que informar apresuradamente a la entidad aseguradora acerca de algo que finalmente no es lo que parecía en un primer momento, o que a todas luces no está cubierto por la póliza que se pensaba al principio.

El fin de la comprobación preliminar es adquirir un conocimiento suficiente de lo que ha acontecido. Su objetivo no es, por lo tanto, conocer el siniestro en profundidad ni llegar a determinar todas sus consecuencias. Para dar por finalizada la comprobación preliminar bastará con que hayamos dilucidado a un nivel básico:

- Ante qué tipo de siniestro estamos: un supuesto de daños propios, un caso que podría dar lugar a una posible responsabilidad civil de la empresa, etc.
- Cuál de entre nuestras pólizas podría dar cobertura al siniestro.

b) Documentación y prueba del siniestro y sus consecuencias

Con la finalidad de efectuar la comprobación preliminar, necesitaremos reunir toda la información posible acerca del posible siniestro. Se ha de abrir, por lo tanto, dentro de la empresa un proceso en el que:

- Deben tratar de identificarse todos los activos de la empresa que han sido dañados o que pueden verse perjudicados a raíz del siniestro, en todas las ubicaciones de la organización afectadas por el evento (bienes, derechos, expectativas de ganancia...).
- Si el siniestro afecta directamente a bienes físicos o personas (proveedores, clientes, terceros...), debe tratar de documentarse todo lo que sea susceptible de serlo (mediante fotografías, videos, atestados policiales,

reconocimientos judiciales, o cualquier otro tipo de prueba documental). Es importante esta tarea en relación con todos aquellos efectos o consecuencias del siniestro cuyo rastro esté destinado a desaparecer pronto.

- Con respecto a los bienes concretos que hubiesen podido desaparecer como consecuencia del siniestro, es importante tener en cuenta que, a falta de otra prueba, se entiende que existían y pueden haberse destruido por el siniestro todos los bienes relacionados en la póliza (art. 38.II LCS).
- Ha de guardarse copia de todas las facturas y recibos de los gastos generados como consecuencia directa o indirecta del siniestro.

Toda la información y documentación a la que se ha hecho referencia debe enviarse a la persona encargada de tramitar el siniestro dentro de la empresa. Esta persona (administrador, encargado, jurídico, financiero, gerente de riesgos, encargado de seguros, etc.) debe recopilar, ordenar e ir actualizando la documentación, así como hacer un seguimiento de la evolución del siniestro.

Se trata de un proceso que debe mantenerse todo lo que sea necesario. No termina necesariamente con la comprobación preliminar. La recopilación de información y documentación puede seguir siendo precisa después de comunicar el eventual siniestro al seguro. De hecho, la ley fija otro plazo de cinco días tras la comunicación del siniestro, para enviar por escrito una relación de los objetos existentes al tiempo del siniestro, de los salvados y una estimación de los daños (art. 38.1 LCS). Incluso fuera de ese plazo, toda la prueba disponible es importante para facilitar la correcta indemnización de los perjuicios sufridos.

c) Valoración del siniestro y papel del corredor

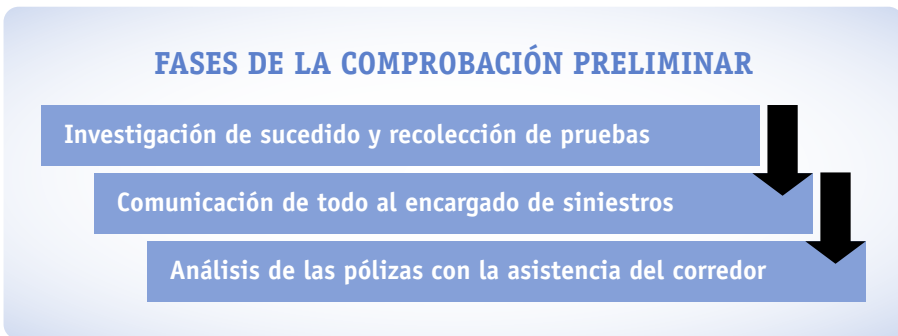
En cuanto el encargado de tramitar el siniestro tenga una idea clara de lo sucedido, habrá que analizar las pólizas que se tengan contratadas y:

- Seleccionar aquella o aquellas que puedan dar cobertura al siniestro.
- Comprobar si en dicha/s póliza/s existen franquicias y si los daños comprobados pueden superar su cuantía.

En la realización de esta tarea, que a veces puede ser compleja, es importante acudir al corredor de seguros que, en su caso, pueda haber intermediado la póliza. Uno de los servicios más trascendentes que puede ofrecer el corredor al asegurado es, precisamente, asistirle en la gestión de siniestros. El corredor, en este sentido, no sólo servirá, desde el primer momento, como vía de comunicación entre el asegurado y el asegurador, sino que debe desempeñar un papel

importante ayudando al asegurado a analizar las pólizas y a plantear correctamente la comunicación al asegurador.

Otra idea que debe estar presente en este momento, en el caso de que el siniestro se encuentre por debajo de alguna de las franquicias y fuera del ámbito de cobertura de todas las pólizas, es emplear la experiencia para plantear posibles cambios en la política de seguros de la empresa en el futuro. A estos efectos, conviene llevar un control de siniestralidad por parte del encargado de gestionar los siniestros, al efecto de efectuar las recomendaciones oportunas a la dirección.



3 El deber de comunicar el siniestro y el deber de informar sobre sus circunstancias y consecuencias. ¿Qué sucede si cumplo con estos deberes de modo defectuoso?

El empresario, tomador o asegurado, debe comunicar el siniestro a la entidad aseguradora dentro del plazo marcado por la ley. Junto a la comunicación de que se ha producido un siniestro, la LCS exige a tomador o asegurado dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del mismo.

- Con carácter general, la comunicación debe producirse en el plazo máximo de siete días desde que se produce el siniestro, salvo que se haya pactado un plazo distinto en el contrato. De no cumplir el tomador o el asegurado con este plazo:

- » El asegurador tiene derecho a reclamar la indemnización de todos los daños y perjuicios que pueda causarle el retraso, a no ser que se pueda probar que el asegurador ya conocía el siniestro por otra vía.
- » Los intereses de demora no comenzarán a devengarse hasta el día en que la comunicación del siniestro se haya producido.
- La violación del deber de dar información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro puede dar lugar, en caso de ocultación intencionada o gravemente negligente —dolo o culpa grave, en vocabulario jurídico—, a la pérdida del derecho a la indemnización.

Si el empresario ha efectuado la comprobación preliminar de acuerdo con lo señalado en el apartado anterior, en el momento de comunicar el siniestro estará en posición idónea para cumplir con ambos deberes. Por lo demás, debemos recordar aquí que:

- En caso de contar con un corredor, el empresario efectuará la comunicación por medio del mismo, al igual que todos los actos sucesivos de gestión del siniestro.
- Si el seguro se ha concertado mediante un agente, la comunicación del siniestro al agente producirá los mismos efectos que a si se comunica directamente al asegurador.

En general, la información que se requiere por parte de las entidades aseguradoras en caso de siniestro es la incluida en los llamados “partes de siniestro”. Aunque no nos hayamos obligado en la póliza a proporcionar la información empleando un determinado documento o formulario, conviene emplear el propuesto por el asegurador. De este modo, no olvidaremos informarle sobre ninguno de los extremos que necesita conocer.

El contenido de la información del parte de siniestros puede variar dependiendo del tipo de póliza y del siniestro, pero con carácter general se pide:

- Identificación de quién comunica el siniestro.
- Identificación de la póliza.
- Hechos ocurridos, indicando su fecha, lugar y hora.
- Daños sufridos.
- Posibles causas del siniestro.

- Identificación de otras posibles personas implicadas (perjudicados, causante de los daños).
- Información sobre las lesiones padecidas por los eventuales perjudicados.
- Medidas de mitigación de los daños y consecuencias del siniestro.

Una última información relevante que debe proporcionarse en caso de que el evento esté cubierto por varias pólizas al mismo tiempo, es la identidad de todos los aseguradores obligados a indemnizar el siniestro (véase el apartado sobre el seguro múltiple).

4 La obligación de aminorar las consecuencias del siniestro en la medida de lo posible: el deber de salvamento

El asegurado tiene el deber de aminorar las consecuencias del siniestro con el fin de atenuar o disminuir el daño que pueda producir. Este deber se conoce como deber de salvamento del asegurado. Sus características son:

- Se trata de un deber positivo de actuar. Es preciso hacer todo lo razonablemente posible para disminuir el daño.
- Se trata de un deber posterior al siniestro. No debe confundirse ni tiene relación con la prevención del daño. Por lo tanto, la falta de adopción de medidas de prevención o conservación anteriores al siniestro no pueden nunca constituir infracciones de este deber.
- Se trata de un deber impuesto en interés fundamentalmente del asegurador.

Los gastos en que el asegurado pueda haber incurrido como consecuencia del deber de salvamento serán de cargo del asegurador, hasta el límite máximo de la suma asegurada. El asegurador debe asumir estos gastos tanto si las medidas de salvamento han tenido resultado positivo como si no. La única condición para ello es que sean oportunas y proporcionadas. En caso de duda y de que exista tiempo para hacerlo, es posible y aconsejable consultar con el asegurador, para ver si considera oportuno o proporcionado efectuar una determinada actuación de salvamento.

- En la póliza puede acordarse un tope para estos gastos, en tal caso el asegurador no deberá hacerse cargo de lo que exceda de ese máximo.

- En los casos de seguro múltiple, coaseguro o infraseguro, el asegurador que solo tenga que hacerse cargo de una parte de la indemnización, deberá pagar los gastos de salvamento en la misma proporción. Sólo tendrá que abonarlos en su totalidad si los gastos se han efectuado siguiendo sus instrucciones.

Si el empresario incumple el deber de salvamento de forma intencionada (dolo) o por negligencia (culpa), se verá afectado el deber de la entidad aseguradora de pagar la indemnización por el siniestro:

- El caso de dolo, esto es, de intención de perjudicar al asegurador, se perderá por completo el derecho a la indemnización. La prueba de que existió intención de perjudicarlo le corresponde a la entidad aseguradora.
- En caso de culpa, esto es, de falta de diligencia y cuidado en el asegurado, se reducirá la indemnización proporcionalmente: a) si se logra probar que la omisión del deber de salvamento produjo efectivamente daños al asegurador, y b) de modo proporcional a la importancia del descuido o negligencia: cuanto más grave, más se reduce la indemnización.

5 El deber de permitir al asegurador realizar las averiguaciones y peritaciones necesarias para valorar el siniestro y sus consecuencias: el rechazo o la aceptación del siniestro por parte del asegurador

Una vez que se ha comunicado el siniestro al asegurador, junto con toda la información y documentación de la que se disponga, éste tiene derecho a efectuar las averiguaciones y peritaciones que fuesen precisas, tanto para comprobar si el siniestro está cubierto como los daños que ha ocasionado.

5.1 El asegurador realiza las averiguaciones y peritaciones que considera precisas. Deber de cooperación del asegurado

En función del tipo de siniestro, la aseguradora enviará a visitar la empresa y el lugar del siniestro a los peritos especialistas (médicos, abogados, ingenieros, arquitectos técnicos, financieros, etc.) que considere necesarios, y recabará los documentos que pudiera necesitar a mayores de los que ya se le hayan enviado. El asegurado tiene el deber de cooperar con el asegurador para que éste pueda hacer las averiguaciones que considere convenientes.

En el protocolo de actuación ante un siniestro que se puede acordar con la aseguradora (y el corredor), en ocasiones se pacta el nombramiento de peritos de común acuerdo entre el tomador o asegurado y el asegurador (normalmente a una o varias empresas especialistas en peritaciones). En estos casos, lo procedente es que estos peritos sean los que se encarguen de efectuar la peritación de los siniestros que se produzcan.

5.2 El rechazo o la aceptación del siniestro por el asegurador

Hechas las averiguaciones y peritaciones pertinentes, el asegurador comunicará al asegurado el resultado de su análisis. Este resultado debe ponerse en conocimiento del asegurado, a más tardar, en el plazo de cuarenta días desde el momento de la comunicación del siniestro. Los posibles resultados de este proceso son tres:

- El asegurador rechaza el siniestro (rehúse del siniestro). De acuerdo con su criterio, el asegurado no tiene derecho a indemnización, bien por



haber causado él mismo el siniestro con mala fe, bien porque no está cubierto por la póliza, o bien porque el contrato de seguro no es válido o ya se ha extinguido.

- El asegurador acepta indemnizar el siniestro, pero la cantidad que ofrece no se corresponde con lo que el asegurado cree que procedería teniendo en cuenta la extensión y la intensidad de los daños producidos por el siniestro.
- Las partes están de acuerdo en que el siniestro debe ser indemnizado y en la cuantía de la indemnización que debe percibir el asegurado.

6 El rehúse del siniestro

El primero de los supuestos que pueden darse después de que el asegurador haya efectuado las averiguaciones necesarias para determinar si el posible siniestro está cubierto o no, y la cuantía de la indemnización que procede, es que rechace que el suceso esté cubierto. A esta situación se le denomina rehúse del siniestro y, en principio, pone fin al proceso de gestión del siniestro.

- El rechazo puede producirse incluso antes de que la entidad aseguradora efectúe averiguaciones, al entender que la póliza no cubre en modo alguno el evento que se le ha comunicado. En el vocabulario asegurador, en estos casos suele decirse que estamos ante un rehúse “en apertura” del siniestro.
- Cuando el rehúse se produce tras un período de análisis y comprobaciones, el asegurador debe siempre poner en conocimiento del asegurado, de forma clara y precisa, los motivos de su rechazo.

Ante el rechazo del siniestro por parte del asegurador, el asegurado puede o bien aceptar el rehúse, entendiendo que la entidad aseguradora está en lo cierto, o bien no aceptarlo.

- En el primer caso, el encargado de gestionar los riesgos en la empresa deberá incluir lo acontecido en los datos de siniestralidad de la empresa, al efecto de valorarlo en las decisiones futuras sobre política de riesgos o seguros.
- En el segundo caso, se comunicarán a la aseguradora las razones del desacuerdo al efecto de que pueda, si lo tiene a bien, reconsiderar su decisión. Si no fuese así, el proceso de gestión de siniestros se cerrará sin acuerdo, quedando abierta la posibilidad de una reclamación judicial.

7 El mutuo acuerdo de empresario y asegurador sobre el importe y la forma de la indemnización

La segunda de las opciones posibles tras la comunicación de la decisión del asegurador sobre el posible siniestro, es que la entidad aseguradora ofrezca al asegurado una indemnización que al asegurado le parezca correcta, tanto en su cuantía como en su forma (en dinero, o mediante la reparación o sustitución de los bienes dañados o perdidos, o una mezcla de ambas).

Cuando ello sucede, asegurador y asegurado formalizan su acuerdo en un documento en el que constarán la identificación de las partes y de la póliza, así como la descripción del siniestro y la cantidad pactada como indemnización (o las operaciones de sustitución o reparación de los bienes que se hayan acordado).

Desde el momento en que se firma el acuerdo, el asegurador tiene el deber de abonar inmediatamente la indemnización pactada (o realizar de inmediato las operaciones de sustitución o reparación de los bienes que se hayan podido pactar), tras lo cual se produce el cierre del procedimiento de gestión del siniestro.

8 Procedimiento previsto a falta de acuerdo sobre la indemnización: la resolución del siniestro a través de la designación de peritos

La tercera y última de las opciones posibles en las que puede encontrarse el empresario tras recibir la comunicación del asegurador es la siguiente: que la entidad aseguradora acepte que el siniestro entra en la cobertura de la póliza, pero que la indemnización que ofrezca no sea correcta según el asegurado.

En esta tesitura la ley prevé un procedimiento extrajudicial (es decir, sin necesidad de acudir a los juzgados) para fijar la indemnización procedente: la tasación pericial. Este procedimiento consiste básicamente en que finalmente la indemnización sea fijada por peritos designados por las partes. Los pasos sucesivos de este procedimiento extrajudicial son los que siguen:

1. Si las partes no se ha puesto de acuerdo en el importe de la indemnización en el plazo de cuarenta días que se abre tras la comunicación del siniestro, cada parte debe nombrar un perito para que calcule la indemnización correspondiente.
2. Si la aseguradora requiere al empresario para que designe a su perito y éste no lo hace en el plazo de ocho días desde que se ha recibido la

comunicación con el requerimiento, se entiende que acepta de forma vinculante el dictamen del perito nombrado por la entidad aseguradora (art. 38.3 LCS). Por consiguiente, salvo que se quiera aceptar el dictamen del perito designado por la aseguradora, el empresario debe comunicar fehacientemente —mediante burofax, preferentemente— en ese plazo de ocho días la identidad del perito nombrado por la empresa.

3. Si los dos peritos llegan a un acuerdo, éste se hará constar en un acta conjunta donde se reflejarán las circunstancias del siniestro, la valoración de los daños y las demás circunstancias que influyan en la valoración de la indemnización según el tipo de seguro de que se trate y, finalmente, la propuesta de indemnización.
4. Si los dos peritos no son capaces de llegar a un acuerdo, las partes deben nombrar a un tercer perito conjuntamente. Si no hay acuerdo entre las partes, el tercer perito será nombrado por un juez o un notario, a petición de la entidad aseguradora o el asegurado.
5. Una vez nombrado, el tercer perito se pondrá a trabajar con los otros dos para presentar un informe final vinculante para las partes. El informe se podrá aprobar por mayoría o por unanimidad y deberá ser emitido en el plazo que las partes concedan a los peritos de común acuerdo o, a falta de acuerdo, en el plazo de 30 días desde la aceptación de su cargo por parte del tercer perito.
6. Si las partes están conformes con el informe de los peritos, la entidad aseguradora tiene cinco días para proceder al pago de la indemnización. De no efectuar el pago en este breve plazo comenzarán a devengarse los intereses de demora regulados en el artículo 20 LCS (véase Capítulo VI.4).
7. Si las partes no están de acuerdo con el informe de los peritos, éste podrá ser impugnado judicialmente por cualquiera de ellas. En este juicio de impugnación de la actividad de los peritos lo único que se puede discutir por las partes es si los peritos han desarrollado su actividad correctamente, conforme a los estándares de su profesión y empleando los medios técnicos necesarios para alcanzar un resultado idóneo. No se permite por lo tanto, acudir al juzgado simplemente para volver a pedir que se periten los daños.
8. Si fuese el asegurador el que impugnase ante el juzgado el informe de los peritos, deberá pagar de inmediato al asegurado el “importe mínimo” al que se refiere el siguiente apartado.

9 El derecho a cobrar anticipadamente un “importe mínimo” de la indemnización durante la tramitación del siniestro

Hemos visto en los apartados anteriores, que el asegurador tiene un plazo de cuarenta días, contados desde que el empresario le comunica a la entidad aseguradora la existencia del posible siniestro, para aceptar o rechazar el pago de la indemnización. Este plazo tiene además otro efecto muy importante: señala el momento en el que el asegurador se considera en mora del pago de la indemnización.

En lenguaje jurídico se denomina “mora” al retraso en el pago de una deuda; en este caso, la indemnización del siniestro. Si la entidad aseguradora no ha abonado la indemnización del siniestro a los cuarenta días de la comunicación incurre en mora. El hecho de incurrir en mora tiene dos consecuencias para la entidad aseguradora:

- Por las cantidades que no haya abonado a esta fecha, y hasta el momento en que proceda a su pago, tiene que pagar los denominados intereses de demora. Del pago de los intereses de demora nos hemos ocupado en el capítulo VI.4.
- Debe pagar al asegurado, al menos, el importe mínimo de lo que pueda deber. A continuación veremos qué significa este importe mínimo.

La idea de la que parte la ley es la de que el asegurador ya tenía que haber pagado la indemnización del siniestro a los cuarenta días de su comunicación. Al mismo tiempo, la ley entiende que en ciertos casos puede ser complicado calcular perfectamente los daños en ese tiempo. Para combinar la idea de partida con esta realidad existe la norma sobre el pago del importe mínimo: al menos el asegurador debe pagar aquella cantidad que se esté razonablemente seguro de que se debe por razón del siniestro.

La regla del importe mínimo en la práctica conduce a tres situaciones diversas, en función de la conclusión a la que haya llegado la aseguradora con respecto al posible siniestro. Las posibilidades son las siguientes:

1. La entidad aseguradora llega a la conclusión de que el incidente no está cubierto por la póliza o no genera derecho a indemnización (por ejemplo, porque el daño fue causado de mala fe por el propio asegurado). En estos casos el asegurador no abonará nada, arriesgándose a que, si el asegurado se lo discute y finalmente el juzgado le da la razón, le condenen al pago de los intereses del art. 20 LCS (que pueden alcanzar un gravoso 20% anual).

Los jueces suelen castigar con estos intereses, a no ser que pueda reputarse que la posición del asegurador era objetivamente razonable (por ejemplo, porque existían indicios razonables de dolo del asegurado, no se conocían las causas del siniestro, etc.).

2. La aseguradora entiende que el siniestro está cubierto por la póliza, pero no ha habido tiempo para conocer el alcance exacto de las consecuencias del siniestro. En este caso (que es en el que principalmente está pensando la ley), el asegurador debe abonar una indemnización por todas las consecuencias perjudiciales del siniestro que sí se hayan constatado y valorado. El resto de los daños aún no conocidos o valorados en su preciso alcance se irán indemnizando a medida que se constaten y valoren.
3. La aseguradora entiende que el siniestro está cubierto por la póliza, pero existe un desacuerdo con el asegurado en cuanto a la cuantía de la indemnización. En estos casos, el asegurador deberá abonar, por lo menos, el resultado de la valoración que le haya propuesto al asegurado y que éste haya rechazado. El resto de la indemnización (si la hubiere) se abonará cuando se solventen las diferencias entre las partes mediante la correspondiente tasación pericial.

El importe mínimo debe poder efectivamente llegar a poder del asegurado (directamente, o bien consignándolo para pago en el juzgado). No basta con que la entidad aseguradora lo ofrezca.

En cuanto a la suficiencia o insuficiencia de la cantidad entregada como importe mínimo, ésta podrá ser dilucidada por el juez en caso de discrepancia entre las partes. Si el juzgado entendiese que el importe mínimo no es suficiente, el asegurador no podrá beneficiarse de la regla que le exime de pagar los intereses de demora.

10 El proceso de gestión de siniestros como un proceso continuo y sostenido dentro de la empresa

Es importante recalcar que la gestión de siniestros no debe contemplarse en el seno de la empresa como una gestión aislada, propia de un momento puntual y destinada a olvidarse cuando se cierre. Muy al contrario, cada siniestro, termine como termine, debe ser una ocasión para poner a punto los sistemas de gestión y reacción interna de la entidad ante este tipo de eventos, para comprobar la agilidad de las relaciones con el corredor y el asegurador y, por supuesto, para evaluar la corrección de la política de riesgos y seguros de la empresa.

En este sentido, son buenas prácticas empresariales a desarrollar después del cierre de un siniestro:

1. Analizar la conveniencia de posibles cambios en el protocolo interno de actuación ante un siniestro de la empresa
 - Comprobar si la reacción de la organización ante el siniestro ha sido lo rápida y ordenada que cabría esperar. Determinar el/los punto/s de la organización en donde han aparecido retrasos, lentitudes o faltas de entendimiento.
 - Evaluar si la persona encargada de la coordinación del proceso de gestión del siniestro ha cumplido con su labor y los posibles fallos que puedan haber existido.
2. Analizar la adecuación de los sistemas de control interno de riesgos y del nivel de transferencia al sector asegurador
 - Preguntarse si se podía haber adoptado alguna medida interna razonable en términos de coste/beneficio para reducir el riesgo concretado en el siniestro.
 - Comprobar si las franquicias, sublímites y demás extremos de la cobertura aseguradora de la empresa son adecuados teniendo en cuenta el nivel y la frecuencia de siniestros existente.
3. Revisar conjuntamente con la aseguradora el protocolo de gestión de siniestros existente para depurarlo y mejorarlo en caso de que se hayan detectado fallos en el mismo con ocasión del siniestro.

LA GESTIÓN DE SINIESTROS COMO GESTIÓN CONTINUADA DENTRO DE LA EMPRESA



6.^a parte
Índice analítico

ACCIÓN DIRECTA

Concepto: 38, 137

Excepciones: 40

ACREEDORES HIPOTECARIOS

Deber de comunicación del tomador: 134, 135

Derechos sobre las indemnizaciones: 92

Seguro de vida: 108

Seguros agrarios combinados: 134

AGENTE DE SEGUROS

Concepto: 44

Caracteres de su actuación: 45

Servicios: 44

Remuneración: 44

Responsabilidad: 44

AGENTE VINCULADO Y NO VINCULADO

Diferencias: 44

ANTICIPOS

En seguro de vida: 140

Derecho del tomador: 140

ASEGURADOR

Concepto y funciones: 24, 33

Principios de su actuación: 34

Solvencia: 25

Papel en la gestión de siniestros: 150

Vid. deberes del asegurado

Vid. deberes del tomador

Vid. derechos del tomador y asegurado

ASEGURADO

Concepto: 36

En el seguro colectivo o de grupo: 55

Vid. deberes del asegurado

Vid. derechos del tomador y asegurado

BENEFICIARIO

Concepto: 37

Designación: 37, 38

En seguros de grupo o colectivos: 55

Endoso y cesión de créditos: 101

Hijos: 103

Herederos: 104

Herederos legales: 106

Pago del impuesto de sucesiones: 97

Testamento: 99

Vid. seguro de vida

BIEN ASEGURADO

Vid. objeto asegurado

BUENAS PRÁCTICAS

En la gestión de siniestros: 143

BRÓKER

Vid. corredor

CERTIFICADO DE SEGUROS

Concepto: 77

Vid. póliza flotante

CLAIMS MADE

Condición de cláusula limitativa: 79, 83

CLÁUSULAS DE INCONSTABILIDAD

Concepto: 66

Vid. cuestionario

CLÁUSULAS DELIMITADORAS DEL CONTRATO/RIESGO

Concepto: 83

Distinción con las limitativas de derechos: 83

Requisitos para su validez: 83

Sanción si no cumplen requisitos: 85

CLÁUSULAS ILÍCITAS

Concepto: 84

Sanción: 85

CLÁUSULAS LESIVAS

Concepto: 82

Sanción: 85

CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE DERECHOS

Concepto: 82

Distinción con las delimitadoras de contrato: 83

Requisitos para su validez: 83

Sanción si no cumplen requisitos: 85

CLÁUSULAS SORPRENDENTES

Concepto: 83

COASEGURO

Concepto: 52, 94

Consecuencias: 94

COBERTURA

Concepto: 29

Cláusulas: 77, 78

Exclusión y limitación: 78-79

CORREDOR

Concepto: 41

Caracteres de su actuación: 41, 45

Información al tomador: 42, 61

Servicios: 42, 43

Remuneración: 43
Responsabilidad: 43
Papel en la gestión de siniestros: 146

COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

Momento y forma: 147
Consecuencias de su incumplimiento: 148

CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Funciones: 30

CONCURSO DE ACREEDORES

Consecuencias del concurso del tomador: 125

CONTRATO DE COBERTURA PROVISIONAL

Diferencia con el documento de cobertura provisional: 73

CONTRATACIÓN ON-LINE DEL SEGURO

Reglas aplicables: 71
Publicidad: 71
Fase precontractual: 71
Consentimiento: 72
Confirmación: 72
Lugar de celebración: 73

COOPERATIVAS DE SEGUROS

Entidades aseguradoras: 34

CUESTIONARIO

Cláusulas de incontestabilidad: 66
Información a proporcionar por empresario: 65
Reservas o inexactitudes: 66
Valor del cuestionario: 64, 129

CULPA GRAVE

En declaración de riesgo: 87
Vid. dolo

DEBER DE SALVAMENTO

Contenido: 149
Consecuencias de su incumplimiento: 150

DEBERES DEL ASEGURADO

Contestar el cuestionario: 64
Declaración del riesgo: 64
Modificación del riesgo declarado: 127
Pago de la prima: 119
Permitir peritaciones y averiguaciones del asegurador: 150
Vid. deber de salvamento
Vid. transmisión del objeto asegurado

DEBERES DEL TOMADOR

Comunicación de la existencia del seguro: 133, 137
Comunicación de la transmisión del objeto asegurado: 136
Comunicación del siniestro: 147
Constitución de derechos de garantía sobre bienes asegurados: 134

Declaración del riesgo: 64
Diligencias preliminares: 138
Modificación del riesgo declarado: 127
Pago de la prima: 118, 119

DECLARACIÓN DE ABONO

Concepto: 76
Vid. póliza flotante

DECLARACIÓN DEL RIESGO

Deber del tomador o del asegurado: 64
Declaración inicial: 65
Consecuencias de la falta de veracidad: 66, 91, 130
Cuestionario de salud: 127
Incumplimiento: 66
Modificación del riesgo declarado: 127
Vid. deberes del tomador
Vid. cuestionario

DEFENSOR DEL CLIENTE

Funciones: 43, 45

DERECHO DE SEGUROS

Normas que lo componen: 25

DERECHOS DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADO

Cobro de la indemnización: 89, 96
Cobro del importe mínimo del siniestro: 112, 155
Rehabilitación de la póliza en el seguro de vida: 138
Usar la póliza del seguro de vida como garantía: 140

DISTRIBUCIÓN

Vid. intermediarios

DOCUMENTO DE COBERTURA PROVISIONAL

Concepto: 73
Diferencia con el contrato de cobertura provisional: 73

DOLO

Del asegurado, consecuencias: 90, 87
En seguros de D&O: 90
Inasegurabilidad: 90

Irrelevancia frente al perjudicado: 19

EFFECTOS DEL SEGURO

Perfección del contrato: 74

Anticipación de los efectos: 74

ENTIDADES ASEGURADORAS

Vid. asegurador

ENRIQUECIMIENTO DEL ASEGURADO

Prohibición legal: 26

ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Vid. enriquecimiento del asegurado

ENRIQUECIMIENTO INJUSTO

Vid. enriquecimiento del asegurado

EXCLUSIONES

Concepto: 78

Requisitos legales para validez: 78

FASE PRECONTRACTUAL

Objetivos: 59, 69

Proposición de seguro: 70

Solicitud de seguro: 69

Intervención de los mediadores: 61

FIANZAS EN PROCESOS PENALES

No cobertura por seguros de D&O: 90

FRANQUICIA

Concepto: 80

Pura y deducible: 81

GESTIÓN DE RIESGOS

Concepto: 23

Proceso de: 23

Servicios del corredor: 42

En la gestión de siniestros: 156

GESTIÓN DE SINIESTROS

Averiguaciones y peritaciones del asegurador: 150

Proceso continuo en la empresa: 156

Buenas prácticas: 143

Comprobación preliminar: 144

Documentación y prueba del siniestro: 145

Rechazo o aceptación del siniestro: 151

Finalización por pacto: 153

Rehúse del siniestro: 152

Valoración del siniestro: 146, 153

Vid. protocolo de actuación interna

Vid. comunicación del siniestro

Vid. deber de salvamento

Vid. partes de siniestro

Vid. procedimiento pericial

Vid. protocolo de gestión de siniestros

HEREDEROS

Beneficiarios en seguro de vida: 99

Herederos legales: 106

Vid. beneficiarios

Vid. seguros de vida

IMPORTE MÍNIMO

Derecho del asegurado en el siniestro: 155

INFORMACIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO

Importancia de la información: 59

Intervención del mediador: 61

Obligación del asegurador: 62

Obligación del empresario: 64

Vid. fase precontractual

Vid. cuestionario

INFRASEGURO

Concepto: 50, 94

Consecuencias: 94

INDEMNIZACIÓN

Determinación: 91, 96

Prestaciones en las que puede consistir: 89, 95

Seguros de daños: 93

Subrogación del asegurador: 27

INTERÉS ASEGURADO

Concepto: 31

Relación con la suma asegurada: 49, 93

INTERESES MORATORIOS

Concepto: 113

Vid. mora del asegurador

INTERMEDIARIOS

Concepto y clases: 41

Vid. corredor

Vid. agente

Vid. operador banca-seguros

MALA FE

Vid. dolo

MEDIACIÓN

Vid. intermediarios

Vid. información

Vid. fase precontractual

MORA DEL ASEGURADOR

Causas justificadas: 112

Consecuencias: 112

Intereses moratorios: 113

Importe mínimo de la indemnización: 112, 155

Recursos devolutivos: 116

Tramos de interés: 114

MULTIRRIESGO

Vid. seguros multirriesgo

MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL

Entidades aseguradoras: 34

MUTUALIZACIÓN DE RIESGOS

Concepto: 24

MUTUAS

Entidades aseguradoras: 34

MUTUO ACUERDO DE EMPRESARIO Y ASEGURADO

En el proceso de gestión de siniestros: 153

OBJETO ASEGURADO

Concepto: 31

Comunicación de la transmisión: 136

OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Pago de la indemnización: 89

OFERTA CONTRACTUAL

Efectos: 69, 74

Modos de emitirla: 70

Vid. proposición de contrato

Vid. publicidad

Vid. solicitud de seguro

OPERADOR DE BANCA-SEGUROS

Concepto: 45, 46

Vid. agente

PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO

Definición: 33

PARTES DE SINIESTRO

Finalidad y contenido: 148

PERFECCIÓN DEL CONTRATO

Momento: 70

PERITOS

Vid. procedimiento pericial

PERJUDICADO

Vid. tercero perjudicado

PÓLIZA

Contenido mínimo obligatorio: 77

Extravío de la póliza: 80

Obligación de entrega al empresario: 79

Prórroga: 85

Suspensión: 117

Vid. cláusulas delimitadoras del riesgo

Vid. cláusulas limitativas de derechos

Vid. cláusulas lesivas

Vid. cláusulas ilícitas

PÓLIZA ESTIMADA

Concepto: 94

PÓLIZA FLOTANTE

Certificado de seguro: 77

Concepto: 76

Declaración de abono: 76

PÓLIZA NOMINATIVA, A LA ORDEN Y AL PORTADOR

Concepto: 75

Ejercicio de los derechos: 75

Transmisibilidad: 75

PRIMA

Concurso del tomador: 125

Consecuencias del impago: 120

Fraccionamiento: 119

Impago de la primera: 120

Impago de las sucesivas: 120

Impago en seguros de vida: 123

Indivisibilidad: 119

Pago: 118-119

Prima única financiada: 119

Reducción: 94, 132

PREVISIÓN SOCIAL

En el seguro de vida: 27, 53

PROCEDIMIENTO PERICIAL

Fases del procedimiento: 153

Consecuencias: 154

PROPOSICIÓN DE CONTRATO

Concepto: 70

Efectos: 70

Retroactividad del seguro: 71

PRÓRROGA

De la póliza: 85

Del contrato: 85

Oposición a la prórroga: 85

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INTERNA

Concepto: 143-144

PROTOCOLO DE GESTIÓN DE SINIESTROS

Concepto: 144

PUBLICIDAD DEL CONTRATO

Requisitos de la publicidad de seguros: 69

Vid. proposición de seguro

Vid. solicitud de seguro

RAMOS

De seguros: 25

REASEGURO

Concepto: 25

REDUCCIÓN DEL SEGURO DE VIDA

Derecho del tomador: 124

Vid. seguro de vida

REHÚSE DEL SINIESTRO

Concepto y consecuencias: 152

RENTA VITALICIA

Indemnización del beneficiario en seguro de vida: 54

Vid. seguro de vida

REQUISITOS DE INCLUSIÓN

Cláusulas claras, sencillas y transparentes: 79

Incumplimiento de los requisitos: 80

RESCATE DE LA PÓLIZA

Derecho del tomador: 124, 139

Vid. seguro de vida

RIESGO

Concepto: 21

Eliminación: 23

En actividades empresariales: 22

Modificación: 129

Mutualización: 24

Retención: 23

Transferencia: 23

Tratamiento: 23

Vid. riesgo asegurado

Vid. cláusulas delimitadoras del riesgo

RIESGO ASEGURADO

Cobertura: 29, 78

Concepto: 29

Delimitación del riesgo: 30, 83

Requisitos y límites: 30

Riesgos extraordinarios: 30

Vid. cláusulas delimitadoras del riesgo

RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Asegurabilidad: 30

Concepto: 30

REGISTROS DE CONTRATOS DE SEGURO DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO

Certificados: 110

Notas informativas: 109

Vid. seguro de vida

RESPONSABLE CIVIL

Concepto: 27

Subrogación del asegurador: 27

SEGURO COLECTIVO

Vid. seguro de grupo

SEGURO CUMULATIVO

Concepto: 94

SEGURO DE ACCIDENTES

Concepto: 54

SEGURO DE DAÑOS

Características: 49

Indemnización: 49-50, 92

Vid. infraseguro

Vid. seguro pleno

Vid. sobraseguro

Vid. suma asegurada

SEGURO DE DECESOS

Prestación a cargo del asegurador: 95

SEGURO DE DEPENDENCIA

Prestación a cargo del asegurador: 96

SEGURO DE D&O

Coberturas: 46, 90

Vid. dolo

Vid. fianzas

Vid. seguro de responsabilidad civil

Vid. tercero perjudicado

SEGUROS DE ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA

Concepto: 54, 96

SEGURO DE GRUPO

Concepto: 55

Designación de beneficiario: 55

Vid. boletín de adhesión

SEGURO DE PERSONAS

Características: 53

Modificación del riesgo: 127

Vid. beneficiario

Vid. previsión social

Vid. seguro de vida

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Concepto: 38

Coberturas: 38, 52

Seguro de D&O: 46, 90

Vid. acción directa

Vid. dolo

Vid. fianzas
Vid. tercero perjudicado

SEGURO DE VIDA

Anticipos: 140
Beneficiarios: 98-99
Clases: 54
Concurso del tomador: 120
Designación de los beneficiarios: 99
Prima única financiada: 139, 108
Previsión social: 53
Reducción del seguro de vida: 124, 139
Registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento: 109
Rehabilitación de la póliza: 138
Renta vitalicia: 98
Rescate: 134, 139
Seguro de vida “unit linked”: 97
Seguro de vida a prima única vinculado a préstamo hipotecario: 108

SEGURO MÚLTIPLE (O CUMULATIVO)

Concepto: 51
Consecuencias: 50, 92

SEGUROS MULTIRRIESGO

Concepto: 47
Cobertura básica y opcional: 47

SEGURO OBLIGATORIO

Concepto: 47
Cobertura: 48
Normas aplicables: 48

SEGURO PLENO

Concepto: 49, 93

SEGURO VOLUNTARIO

Concepto: 48
Reglas aplicables: 48

SERVICIO DE RECLAMACIONES

De los intermediarios: 43, 45

SINIESTRO

Concepto: 32

SOCIEDADES ANÓNIMAS

Como aseguradoras: 34

SOLICITUD DE SEGURO

Concepto: 69
Eficacia: 69
Retroactividad del contrato: 70

SOLVENCIA

De entidades aseguradoras: 25, 34

SOBRESEGURO

Concepto: 50, 93
Consecuencias: 50

SUBLÍMITE

Concepto: 81

SUBROGACIÓN DEL ASEGURADOR

Concepto: 27
Supuesto de hecho: 28

SUMA ASEGURADA

Concepto: 49, 93
Funciones: 49, 93

En seguros de vida a prima única: 108
Vid. interés asegurado

TERCERO RESPONSABLE

Vid. responsable civil

TERCERO PERJUDICADO

Concepto: 38
Excepciones oponibles: 40, 121
Inaplicabilidad de la exclusión de la cobertura por dolo: 40
Vid. acción directa

TOMADOR

Concepto: 35
Vid. deberes del tomador
Vid. derechos del tomador y asegurado

TRANSFERENCIA DE RIESGOS

Concepto: 23, 24

TRANSMISIÓN DEL OBJETO ASEGURADO

Consecuencias del incumplimiento del deber de comunicación: 136
Deber de comunicación: 136

TRANSMISIÓN DE LA PÓLIZA

Vid. pólizas nominativas, al portador y a la orden

VIGENCIA DEL SEGURO

Delimitación temporal del seguro: 85, 89
Plazo de prescripción: 86
Prórroga del contrato: 86

Como se puede colegir de su título, el presente libro no pretende ser, ni más ni menos, que una exposición completa y rigurosa, pero accesible a personas sin formación jurídica especializada, de la regulación del contrato de seguro contemplada desde la perspectiva del empresario. Las últimas reformas de la legislación sobre el mercado de seguros: la promulgación de la Ley 20/2015, de 14 de julio, *de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras*; y la modificación importante de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de *Contrato de Seguro*, creemos que hacían que valiese la pena redactar una obra como la presente.

El trabajo tiene la modesta pretensión de convertirse en un libro de consulta al que cualquier persona procedente del entorno empresarial pueda acudir para conseguir una información inicial, pero rigurosa y completa, sobre sus derechos y obligaciones en el marco de las pólizas que tenga concertadas. A mayores, también hemos querido que el libro pueda leerse como una iniciación al mundo de la transferencia del riesgo al mercado asegurador. Cualquier persona interesada en adquirir una formación básica y comprensiva sobre cómo funciona un seguro puede leerlo, como un pequeño manual, de principio a fin. Los contenidos de la obra están organizados de tal modo —de lo más sencillo a lo más complejo— que el que lo haga pueda adquirir un conocimiento cabal sobre la materia. Al menos esa ha sido la intención de los que lo hemos escrito.

