

198

**El contrato de seguro y su evolución
hasta la nueva Ley 20/2015 LOSSEAR
Hacia una regulación más proteccionista
del asegurado**

**Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

198

**El contrato de seguro y su evolución
hasta la nueva Ley 20/2015 LOSSEAR
Hacia una regulación más proteccionista
del asegurado**

Estudio realizado por: Ingrid Nicolás Fargas
Tutor: María Belén Pose Vidal

**Tesis del Master en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras
Curso 2015/2016**

Esta publicación ha sido posible gracias al patrocinio de ARAG SE, Sucursal en España



Cuadernos de Dirección Aseguradora es una colección de estudios que comprende las tesis realizadas por los alumnos del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona desde su primera edición en el año 2003. La colección de estudios está dirigida y editada por el Dr. José Luis Pérez Torres, profesor titular de la Universidad de Barcelona, y la Dra. Mercedes Ayuso Gutiérrez, catedrática de la misma Universidad.

Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Presentación y agradecimientos

Llevo cinco años trabajando en el Departamento de Asesoría Jurídica de NorteHispana de Seguros y Reaseguros, S.A., representando a la Compañía ante los Juzgados y asesorándola en aquellos aspectos jurídicos que mejor la puedan beneficiar.

Mi agradecimiento en primer lugar a Augusto Huesca, Director General de NorteHispana, y a Ana Borrás, Directora de Recursos Humanos de NorteHispana por darme la oportunidad de realizar el Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras en la 14ª edición 2015/2016.

Mi agradecimiento, asimismo, a los Directores del Máster Dña. Mercedes Ayuso y D. José Luis Pérez Torres, por su gran profesionalidad y por haberme acercado a un elenco de profesores y ponentes de gran calidad y experiencia en el sector.

Agradecer asimismo a mi tutora de tesis Dña. María Belén Pose, Directora de Asesoría Jurídica Corporativa de ARAG, por haber invertido parte de su valioso tiempo en asesorarme en la confección de la presente tesis.

Agradezco asimismo a Dña. Laura Mata, Responsable del Departamento de Asesoría Jurídica de NorteHispana, y a mis compañeros de Departamento, todo su apoyo y comprensión durante el tiempo que ha durado el Máster.

También agradezco a mis compañeros de máster las experiencias vividas y el haber pasado muy buenos momentos juntos.

Agradezco especialmente a mis padres, que me brindaron la oportunidad de cursar unos estudios y poder desarrollarme profesionalmente en el mundo de la abogacía. También agradezco a mi familia y amigos el apoyo prestado durante este tiempo.

Finalmente dedico esta tesis a las personas más importantes de mi vida, a mis dos hijos, Marc y Arnau, y a mi marido, David. Agradecerles su comprensión por todos los viernes y sábados que no he podido estar ni disfrutar de ellos. Su apoyo ha sido vital para mí, y gracias a ellos he podido conseguir mi reto, confeccionar la presente tesis.

Resumen

El objetivo de este trabajo es el estudio de una de las figuras claves y fundamentales que sustentan el negocio asegurador cual es el contrato de Seguro. Un repaso sobre su historia, características, y vicisitudes, que nos llevará a analizar la norma que lo regula, la Ley de Contrato de Seguro, y los cambios que ésta última ha experimentado a lo largo de los años desde 1980 hasta la actualidad con la reciente modificación introducida por la Disposición Final I, de la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradora (LOSSEAR). Esta Ley es fruto de la adaptación a nuestro país de la Directiva Comunitaria de Solvencia II, y que además de introducir modificaciones a la Ley del Contrato de Seguro, tiene como objetivo regular la actividad aseguradora fomentando la transparencia y la información al asegurado en aras a una mayor protección de sus derechos. Asimismo, en este trabajo se comentaran otras leyes en materia de seguros de reciente incorporación a nuestro ordenamiento jurídico que han contribuido asimismo a la consecución de los objetivos de transparencia y protección hacia el asegurado, exigidas por el regulador europeo.

Resum

L'objectiu d'aquest treball és l'estudi d'una de les figures claus i fonamentals que sustenten el negoci assegurador com és el contracte d'assegurança. Un repàs sobre la seva història, característiques, i vicissituds, que ens portarà a analitzar la norma que el regula, la Llei de Contracte d'Assegurança, i els canvis que aquesta última ha experimentat al llarg dels anys des de 1980 fins a l'actualitat amb la recent modificació introduïda per la disposició final I de la Llei 20/2015 d'Ordenació, Supervisió i Solvència de les Entitats Asseguradores i reaseguradora (LOSSEAR). Aquesta Llei és fruit de l'adaptació al nostre país de la Directiva Comunitària de Solvència II, i que a més d'introduir modificacions a la Llei del Contracte d'Assegurança, té com a objectiu regular l'activitat asseguradora fomentant la transparència i la informació a l'assegurat per bé d'una major protecció dels seus drets. Així mateix, en aquest treball es comentaran altres lleis en matèria d'assegurances de recent incorporació al nostre ordenament jurídic que han contribuït així mateix a la consecució dels objectius de transparència i protecció cap a l'assegurat, exigides pel regulador europeu.

Summary

The aim of this work is the study of one of the essential and key elements that support the insurance business which is the Insurance Contract. An overview of its history, characteristics, and vicissitudes that will lead us to analyze the provisions by which it's regulated, the Insurance Contract Act, and its changes over the years from 1980 to the present moment with the recent amendment by the Final Provision I of the 20/2015 Act of

Organisation, Supervision and Solvency of insurance and reinsurance entities (LOSSEAR). This Act is the result of the adaptation in our country of the European Directive Solvency II, which beyond the introduction of amendments to the Insurance Contract Act, has the objective of regulate the insurance activity by promoting transparency and information to the insured in order to achieve a greater protection of their rights. We'll analyze also in this work other laws regarding insurance matters that have been recently introduced in our legal system and have also contributed to the achievement of the objectives of transparency and protection to the insured, required by the European regulator.

Índice

1. Introducción.....	9
2. Antecedentes del contrato de seguro.	11
3. La regulación del contrato de seguro en España.....	13
3.1 La Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.	14
4. El contrato de seguro.....	17
4.1 Concepto y características del contrato de seguro.	17
4.2 Contenido del contrato de seguro.....	18
5. Otros aspectos relevantes de la Ley de Contrato de Seguro.	31
5.1 Estructura y ámbito de aplicación.	31
5.2 Derechos y obligaciones de las partes.	32
5.2.1 La obligación de pagar la prima.....	34
5.2.2 La acción directa.	39
5.2.3 Tramitación diligente del siniestro.	41
5.2.4 Las cláusulas“claim made” en el seguro de responsabilidad civil.....	44
6. Las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro.	47
7. Intentos de reforma integral de la Ley de Contrato de Seguro: las propuestas que no llegaron a prosperar.	55
7.1 Introducción.	55
7.2 Anteproyecto de ley del contrato de seguro de 8 de abril de 2011. ...	56
7.2.1 Introducción.....	56
7.2.2 Contenido normativo.....	57
7.3 Anteproyecto de ley del código mercantil.	61
7.3.1 Introducción.....	61
7.3.2 Contenido normativo.....	63
7.4 Críticas al anteproyecto de ley del código mercantil.	67
8. Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR).....	69
8.1 Introducción.	69
8.2 Disposición Final I: modificaciones a la Ley de Contrato de Seguro. 70	
8.3 El deber de información al tomador. Artículos 96 de la LOSSSEAR, y 122-126 del ROSSEAR.	77
9. Hacia una regulación común del contrato de seguro en Europa.....	83
9.1 Introducción.	83
9.2 La Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguros.....	85

10. La protección del asegurado en la normativa de seguros	87
10.1 La protección del asegurado en la Ley de Contrato de Seguro.	87
10.2 La tutela jurídica del consumidor en la LOSSEAR.	88
10.3 La protección del asegurado como un consumidor.	89
11. Cómo afrontar las exigencias normativas de transparencia y protección del asegurado	91
11.1 Introducción.....	91
11.2 Las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro. La adaptación de condicionados.	91
11.2.1 Entrada en vigor de la ley, y régimen transitorio.	91
11.2.2 La labor del Compliance Officer.	92
11.2.3 La revisión de condicionados y la adaptación de las pólizas.	92
11.2.4 Formación. Desde los departamentos técnicos hasta la red de distribución.	93
11.2.5 Departamento de tramitación de Siniestros.	93
11.3 La resolución de conflictos en el sector asegurador.	93
11.3.1 Departamento de Atención al Cliente.....	93
11.3.2 Sistemas de resolución alternativa de conflictos.....	94
11.4 La gestión de las demandas judiciales.....	96
12. Conclusiones	99
13. Bibliografía	101

El contrato de seguro y su adaptación a la nueva Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

Hacia una regulación más proteccionista del asegurado

1. Introducción

El contrato de seguro es el instrumento documentado a partir del cual se gestará la relación jurídica entre asegurado-aseguradora. Con su firma comenzará el verdadero negocio para la aseguradora, quien percibirá una prima a cambio de asegurar un riesgo, deseando que éste nunca se produzca o bien que se produzca lo más tarde posible.

Si no hay contrato no hay negocio, y de ahí que hayamos querido dedicar este trabajo a la figura del contrato de seguro, por ser un pilar fundamental del negocio asegurador. Cómo se instrumenta el mismo, los requisitos exigidos, y cómo se regulan las relaciones entre asegurado y aseguradora serán el objeto de este trabajo, donde además veremos las vicisitudes que han afectado a la regulación del contrato de seguro en la legislación española.

Un recorrido que abarcará fundamentalmente desde el año 1980 con la promulgación de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro hasta la actualidad con la reciente aprobación de la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión, y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR), pasando por algún intento de reforma integral de la Ley que nunca llegó a prosperar, así como una serie de normas que de un modo u otro han incidido o incidirán de manera significativa en la mejora de los derechos del asegurado, no sólo desde el punto de vista regulatorio sino también desde otros como puedan ser la intermediación en seguros o el abanico de sistemas de resolución de conflictos a disposición del asegurado, por citar dos ejemplos.

Habida cuenta asimismo del importante papel que ha representado la labor tuitiva desarrollada por nuestros tribunales se analizarán aquéllos preceptos de la Ley cuya interpretación ha suscitado mayores niveles de controversia.

Paralelamente a los cambios legislativos, veremos cómo cada vez más la tendencia del legislador viene siendo la de fomentar la protección del asegurado frente a la aseguradora, y exigiendo a las compañías una mayor transparencia en la actividad aseguradora como en la información que deben ofrecer al asegurado.

Finalmente, reflexionaremos sobre cómo podrían las aseguradoras adecuarse a tales exigencias más allá de la imprescindible adaptación de sus condicionados a la literalidad de la ley, prestando especial atención a aspectos tales como la gestión de siniestros y reclamaciones.

2. Antecedentes del contrato de seguro

Para abordar este trabajo sobre la figura jurídico-privada del Contrato de Seguro y las modificaciones que ha sufrido en su regulación, no podemos dejar de referirnos aunque sea someramente, a los antecedentes del Contrato de Seguro en España.

Aunque existe una corriente historiográfica que señala al mundo antiguo como el origen de la industria del seguro, es prácticamente unánime la consideración de que fue en la Edad Media cuando se configuró este negocio en su forma comercial, sentando las bases de lo que hoy conocemos como actividad aseguradora.

El seguro moderno nace en la Europa mediterránea de la Edad Media de la mano del seguro marítimo, y aunque se tiende a considerar que Italia, por su gran actividad en dicho ámbito, fue la cuna natural de este negocio, no podemos olvidar que España comparte este origen, acogiendo algunas iniciativas pioneras en el sector asegurador mundial:

Por ejemplo, la póliza de seguro más antigua conocida (del año 1347), cubría un viaje de Génova a Mallorca. Se tiene constancia de un total de 380 pólizas redactadas por el Notario de Barcelona Bartolomé Masons, que cubrían la mercancía de 104 navíos.¹

Como complemento al seguro marítimo, se desarrolló en el Mediterráneo el seguro de vida, asegurando a pasajeros, marinos o esclavos en determinadas expediciones. En este caso, Barcelona, a través de su Consolat de Mar, se convirtió en la base del derecho internacional comercial del Mediterráneo. Como curiosidad, los seguros de vida fueron convertidos en objeto de apuestas, una práctica que acabó prohibiéndose.

Hay ordenanzas barcelonesas del año 1435 sobre seguro marítimo que son conocidas como los primeros documentos escritos sobre legislación aseguradora que existen en el mundo. Su objeto era “extirpar todos los fraudes y daños” relacionados con la actividad marítima.

En Europa merece especial mención el caso de Gran Bretaña, cuando en el siglo XVI se inicia el seguro de transportes, primero referido a mercancías, y posteriormente a cascos. Se crea el Lloyd's de Londres, que era una agrupación de sindicatos de aseguramiento marítimo. Comienza entonces el verdadero desarrollo del seguro con utilización de bases técnicas y estadísticas rigurosas.

Durante los siglos XVII y XVIII se desarrollarán nuevos tipos de seguros distintos del Seguro marítimo y Transportes de mercancías existentes hasta el momento. Empiezan a proliferar los primeros seguros que aseguran indemnizaciones por incendios, accidentes, vida, etc. En 1789 ya existían varias compañías en España dedicadas a seguros de incendios y de vida, y

¹UNESPA. Teoría General de Seguros. Madrid. Editorial Aseguradora, 2006.

se tiene constancia de una póliza emitida en 1789 por el Banco Vitalicio de Cataluña que en 1880 se convertiría en el Banco de España.

A partir de esa época y durante el siglo XIX paralelamente a los avances industriales y económicos, el seguro va adquiriendo una mayor dimensión, y en él tienen origen un buen número de entidades que han continuado hasta los tiempos actuales. En España, la primera, fundada en 1821, es la Sociedad de Seguros Mutuos, contra Incendios de Casas de Madrid. En esta época la libertad contractual es un principio básico del liberalismo que impera en el mismo, pero posteriormente en el siglo XX la libertad encontrará sus límites en el bien común y en las necesidades sociales, todo lo cual impulsa a que se empiece a regular el contrato de seguro.²

No obstante, será en el siglo XX, cuando se produzcan los avances más significativos, con el desarrollo de técnicas estadísticas y actuariales, y la creación de una legislación específica para regular la actividad aseguradora.

² España, País pionero en la historia del seguro. Blog Helvetia. 12 de diciembre de 2013.

3. La regulación del contrato de seguro en España

Hasta bien entrado el siglo XX no existía en España una legislación específica aplicable al seguro, por lo que su regulación venía recogida en dos grandes disposiciones normativas:

- El Código de Comercio de 1885, que dedicaba los artículos 380 a 438 al contrato de seguro en general y a varios seguros terrestres, y los artículos 737 a 805, dedicados a los seguros marítimos.
- El Código Civil, de 24 de julio de 1889, que dedicaba al contrato de seguro los artículos 1790 a 1797.

Además de escasos, los preceptos relativos al contrato de seguro, eran de carácter dispositivo, como correspondía al carácter liberal de la época codificadora dejando un amplio margen a la negociación entre las partes. Ello redundaba en una escasa protección hacia la parte más débil, el asegurado. El Código de Comercio no abordaba todos los elementos peculiares de los distintos tipos de seguros ni tenía en cuenta lo que después sería la clasificación tradicional de los mismos entre seguro de daños, y seguros de personas. Se limitaba a recoger una serie de principios genéricos desde la perspectiva de considerar a las partes como comerciantes en igualdad de posición, ignorando que una de las partes, el tomador, suele estar en inferioridad de condiciones limitándose a aceptar las condiciones que le “proponen”.

Esta escasez de normas específicas llevó a que se aplicaran las condiciones generales de los contratos del Código Civil, y las normas de carácter administrativo dictadas para el control de la actividad aseguradora. Dominaba pues la voluntad de las partes propiciando con ello un entorno regulatorio caracterizado por la existencia de condiciones generales predispuestas por la parte contractual fuerte, el asegurador. Y así en defecto de norma aplicable, las condiciones del contrato se convertían en el único derecho a tener en cuenta, dejando a la otra parte, el asegurado, en una posición desfavorable.

Poco a poco se fue constatando la necesidad de intentar equilibrar, al menos parcialmente, las posiciones de ambos contratantes, y en consecuencia la de elaborar un nuevo régimen del contrato de seguro que diese adecuada satisfacción a las necesidades del mercado asegurador español del momento.

Como pone de manifiesto el profesor Sánchez Calero³ la Comisión General de Codificación realizó un primer intento de modificación del Código de Comercio en 1926 para adaptar los artículos relativos al seguro.

³SANCHEZ CALERO, F (dir) “Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/80, de 8 de octubre, de seguro y sus modificaciones” Editorial Aranzadi. 2010.

A este intento siguieron otros, como el encargo en 1968 del Ministerio de Hacienda a los profesores de Derecho mercantil, Menéndez, Sánchez Calero, Olivencia, Broseta y Duque, para que redactaran un Anteproyecto de Ley.

Este primer texto contenía en principio 139 artículos que, posteriormente, y a petición de la Administración, quedaron reducidos a 88 preceptos. Este trabajo resultaría de especial relevancia cuando en 1976 el Ministerio de Justicia solicitó de la Comisión General de Codificación la redacción del Anteproyecto de Ley, que fue remitido a las Cortes Generales en diciembre de 1978. Tras una dilatada tramitación del Proyecto, la Ley 50/80 de Contrato de Seguro fue finalmente aprobada y publicada en el Boletín Oficial del Estado el día 17 de octubre de 1980, entrando en vigor a los seis meses de su publicación.

3.1. La ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro

La Ley 50/80, de octubre, de Contrato de Seguro, ha tenido una gran importancia en la evolución histórica de nuestro derecho, siendo en su momento una de las leyes más avanzadas no solo del sistema económico español sino también del entorno jurídico europeo. Amén de recoger las tendencias más avanzadas de la doctrina mercantil europea supuso el paso de un marco legal completamente dispositivo como era el contenido en el Código de Comercio, a un sistema imperativo, con una vocación más protectora del asegurado, como parte más débil del contrato. Ello supuso un significativo avance en materia de consumo, y contribuyó a la configuración del Derecho de los seguros como pionero en la defensa de los derechos e intereses de los consumidores.

Sin embargo, no puede obviarse que, en muchos aspectos, especialmente en la regulación de los distintos ramos de seguro y, dentro de estos, el seguro de vida, ha quedado ciertamente anticuado. En otros aspectos, especialmente en aquellos que han generado una mayor conflictividad se ha visto interpretada e integrada en gran medida por la Doctrina jurisprudencial, subsistiendo aun a día de hoy determinadas polémicas como por ejemplo las derivadas de la aplicación del artículo 3 sobre cláusulas limitativas, o el artículo 20 sobre intereses moratorios.

La Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro es una de las normas que ha mantenido una mayor estabilidad en los 36 años que han transcurrido desde su promulgación. A pesar de haberse modificado hasta diez veces, (según veremos en el capítulo VI) tan solo un porcentaje inferior al 20% de su articulado ha variado desde su redacción inicial. Sus sucesivas reformas han venido principalmente por la necesaria incorporación a nuestro ordenamiento interno de las Directivas comunitarias de seguros, así como por su adecuación a otras leyes que afectan al contrato de seguro. Finalmente otras reformas han obedecido a la clarificación o actualización de

los contenidos ya sea por problemas interpretativos, o por su adaptación a la realidad social.

Con la reciente aprobación de la Ley 20/2015 de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras (LOSSEAR) hemos asistido a la última de sus reformas, que lejos del alcance de los intentos fallidos de reforma integral que la precedieron, se limita a la modificación de algunos aspectos concretos, lo que no impide que en ellos se aprecien significativos avances en cuestiones de transparencia y mejora de la protección del asegurado.

Por otro lado, siendo la Ley de Contrato de Seguro la norma básica que regula todas las modalidades de contrato de seguro, no podemos analizarla de modo aislado sino que necesariamente tenemos que ponerla en relación tanto con la normativa que regula aspectos regulatorios de la actividad aseguradora como con la que tiene por objeto la regulación específica de algunos ramos de seguro.

Entre las primeras incluimos las normas de carácter público de ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras, encabezada por la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras (LOSSEAR), y su reglamento, el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. (ROSSEAR). La ordenación del seguro privado, se ha caracterizado históricamente por su función tutelar de los tomadores, asegurados, beneficiarios y terceros perjudicados de contratos de seguro privado. La actividad aseguradora supone el intercambio de una prestación presente y cierta, la prima, por una prestación futura e incierta, la indemnización. Ello exige garantizar que cuando eventualmente se produzca el siniestro la entidad aseguradora esté en situación de poder hacer frente a su obligación. Y ello a su vez justifica que la ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras por parte de los poderes públicos devenga una materia de interés público, a fin de comprobar que aquellas mantienen una situación de suficiente solvencia que les permita dar debido cumplimiento a su objeto social. Además de lo anterior la (LOSSEAR), tiene por objetivo adaptar la normativa española a la Directiva Comunitaria de Solvencia II bajo la idea de que la regulación del seguro privado debe combinar la salud y la solvencia de las empresas aseguradoras, y la protección de los consumidores y usuarios.⁴

Como decíamos la Ley de Contrato de Seguro no abarca la regulación de todos los ramos de seguros, y además algunos de ellos, por diversas circunstancias, tienen regulaciones específicas a las que la Ley de Contrato de Seguros sirve únicamente como norma subsidiaria.

Este es el caso del seguro obligatorio de responsabilidad civil del automóvil, que se regula en el Real Decreto Legislativo 8/2004, por el que se aprueba el

⁴Exposición de motivos de la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras (LOSSEAR).

texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, cuyo sistema de baremo ha sido derogado por la reciente Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. También el seguro decenal de daños, cuyo contenido se recoge en la Ley 5/1999, de Ordenación de la Edificación.

Y finalmente, el seguro marítimo que, mediante la reciente Ley 14/2014, de 24 de julio de Navegación Marítima, sustituye a la anterior regulación de derecho marítimo contenida en el Código de Comercio.

4. El contrato de seguro

4.1. Concepto y características del contrato de seguro

La Ley de Contrato de Seguro indica en su artículo 1:

«El contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas».

Con esta definición se supera el anacrónico concepto de seguro referido tan solo a los daños fortuitos ocasionados a los bienes asegurados, que se contenía en el Código Civil y en el Código de Comercio, así como la polémica doctrinal existente entre los partidarios de un concepto unitario del seguro, basado fundamentalmente en su finalidad indemnizatoria, y los defensores de un concepto dualista de seguro con un tratamiento diferenciado entre los seguros de daños, en los que opera la citada finalidad, y los seguros de personas, en los que la causa es la mera previsión de lo que se asegura.

Sentado el concepto de contrato de seguro, y entendido éste como la asunción del riesgo por parte del asegurador a cambio del pago de una prima, procede abordar cuáles son las características del contrato de seguro, destacando las siguientes:

- **Consensual:** Se perfecciona por el mero consentimiento de las partes. Se entiende como un consentimiento libre de cualquier vicio.
- **Bilateral:** las obligaciones del asegurador de responder es la de responder por la suma asegurada cuando ocurra el siniestro, teniendo el tomador el deber de pagar la prima.

Conviene matizar que esta bilateralidad no se da siempre pues la ley permite la contratación del seguro por cuenta de otro. En tal caso el tomador será quien firme el contrato y sobre quien recaigan los deberes y obligaciones derivados del mismo, y el asegurado, titular del interés asegurado, que recibirá la prestación. Fuera de la relación contractual, pero íntimamente relacionados con el contrato de seguro podemos encontrar el beneficiario (designado por el asegurado para recibir la prestación decidirá su destino) y al tercero perjudicado (en el seguro de responsabilidad civil, quien sufre el daño provocado por la conducta del asegurado).

- **Oneroso:** para que el asegurador asuma los riesgos, es necesario que el tomador pague la prima, que no es más que una cantidad de dinero para que en caso de que ocurra el siniestro, el asegurador responda.

- Aleatorio: ninguna de las partes sabe con seguridad si ocurrirá o no la contingencia asegurada ni cuándo se producirá ésta.
- De trato sucesivo: La duración del contrato no se agota con la firma de la póliza, sino que está pensado para tener una duración larga, mientras subsista el riesgo. Generalmente el contrato se pacta con duración anual, renovándose después tácitamente por periodos iguales. Puede tener también inferior o superior duración, dependiendo del tiempo de vigencia del riesgo o del periodo en que el asegurado desea tenerlo cubierto a través del seguro. Ello en todo caso respetando las limitaciones previstas en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro en virtud del cual la póliza no podrá fijar un plazo inicial de duración superior a diez años, sin perjuicio de que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.
- De adhesión, ya que por lo general las cláusulas del contrato no son discutidas por las partes, sometiéndose el tomador a las condiciones que impone la entidad aseguradora.
- De carácter indemnizatorio, pues su objeto es que cuando el siniestro ocurra se le repare el daño al asegurado, hasta el monto al que el asegurador se haya obligado.

4.2. Contenido del contrato de seguro

A pesar de que el contrato de seguro es un contrato consensual que se perfecciona y obliga por el mero consentimiento de las partes (oferta y aceptación), no podemos olvidar que la Ley de Contrato de Seguro impone, la formalización del contrato por escrito obligando asimismo al asegurador a entregar al tomador la póliza, o en su caso el documento de cobertura provisional procedente. Todo ello para garantizar los derechos del asegurado, o dicho de otro modo, para protegerle.

El contenido de la póliza se determina en el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro, que tras su reciente reforma deja fijado el mínimo exigible en los siguientes términos:

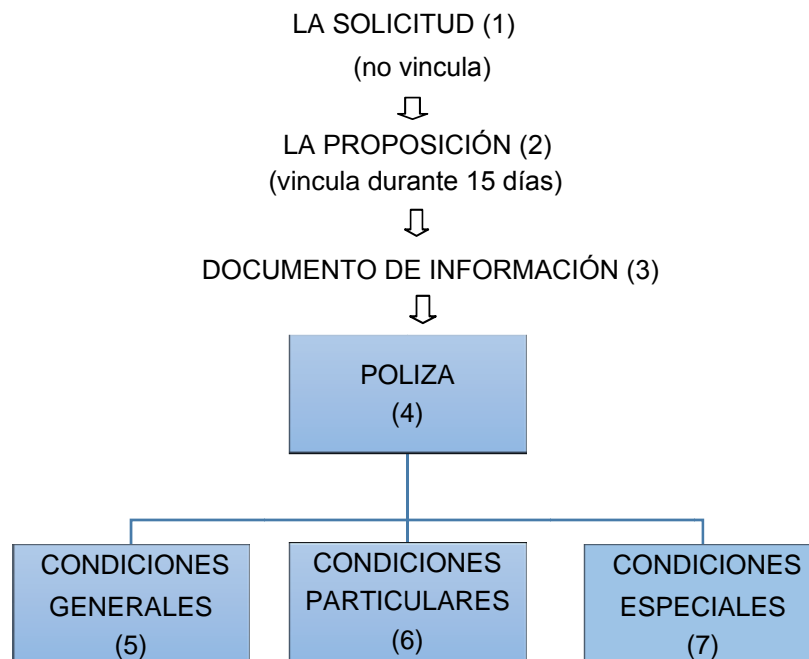
- Nombre de las partes contratantes (asegurador y tomador), así como designación de asegurado y beneficiario, en su caso.
- Concepto en el cual se asegura.
- Naturaleza del riesgo cubierto describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.
- Designación de los objetos asegurados y su situación.
- Importe de la prima, recargos e impuestos.

- Vencimiento de las primas, lugar y forma de pago.
- Duración del contrato, con expresión del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos.
- En el caso de que intervenga algún mediador, éste debe identificarse.

Como medio de protección y tutela de los derechos del asegurado, la Ley de Contrato de Seguro establece que la póliza deberá redactarse en cualquiera de las lenguas oficiales en el lugar donde se formalice y, en todo caso, a solicitud del tomador, en la que él indique.

Siendo la póliza el documento esencial del contrato de seguro, la relación entre el asegurador y el tomador es susceptible de generar también, antes de la conclusión del contrato, una serie de documentos a los que la Ley del Contrato de Seguro dota de validez jurídica. Estos documentos son los siguientes:

Esquema 1: Documentos del contrato



Fuente: elaboración propia.

1.- La Solicitud: Es el documento formal mediante el cual una persona (futuro tomador), expresa o declara al asegurador su necesidad de cubrir un determinado riesgo con el objeto de contratar de buena fe una póliza de seguro. La Ley de Contrato de Seguro determina que este documento carece de fuerza vinculante y no compromete a ninguna de las partes.

No obstante, aunque la solicitud del seguro no obliga por sí misma, no podemos calificarla como documento sin validez legal alguna en la medida

en que generalmente contiene la información sobre la naturaleza del riesgo, y en su caso un cuestionario, y es sobre este conjunto de información sobre el que el asegurador realiza su propuesta de seguro. Por ello la solicitud del contrato, si definitivamente se firma, puede resultar de importancia determinante a la hora de valorar el cumplimiento por el tomador del deber de declaración del riesgo.

2.-La Proposición de Seguro: Es el documento que suscribe el asegurador y en el que se incluyen las condiciones, las coberturas y el importe de la prima, vincula al asegurador durante un plazo de quince días, lo que supone que la oferta o proposición es irrevocable durante ese plazo, pero no supone la existencia de cobertura, excepto en el régimen especial del seguro obligatorio del automóvil. El contenido de tal proposición, si es aceptada por el tomador, deberá contenerse de modo invariado en la póliza, De ahí que el art. 8 de la Ley otorgue al tomador un mes de plazo desde la entrega de la póliza para reclamar que se subsane cualquier divergencia respecto de la proposición.

3.-Documento de Información: Con carácter previo a la conclusión del contrato el asegurador está obligado a dar una serie de información por escrito al tomador sobre determinados extremos del contrato. Este comúnmente denominado deber de información se recoge detalladamente el artículo 96 de la LOSSEAR y en los artículos 25, y 122 a 126 del ROSSEAR. Atendida la importancia que el mismo presenta enclave de transparencia lo desarrollaremos en el Capítulo IX.

4.- La Póliza de Seguro: Entendida como el contrato entre el asegurado y la compañía de seguros, es la que establece los derechos y obligaciones de ambos, y debe formalizarse teniendo en cuenta no solo las ya referidas previsiones del artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro, sino también y muy especialmente las de su artículo 3. Veremos a continuación como este precepto ha sido por su transcendencia, y atendida la consideración del contrato de seguro como contrato de adhesión, uno de los más comentados por la Jurisprudencia.

La póliza constituye el documento en que “se escribe” el contrato de seguro. Generalmente consta de unas Condiciones Generales, (5) comunes a todos los contratos, unas Condiciones Específicas de cada ramo(6), y unas Condiciones Particulares (7), en las que figuran los datos y coberturas del contrato concreto que está formalizando. A los tres tipos de condiciones le son de aplicación el art. 3 de la Ley del Contrato de Seguro. Dicho artículo reza así:

“Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito”.

El art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro significó un importante avance en la protección y tutela de los intereses de los asegurados, y podemos afirmar que con carácter pionero, reguló de forma sustantiva la contratación en el ámbito de los seguros privados acotando en cierto modo la predisposición por parte de los aseguradores de unas condiciones generales que, sin posibilidad de ser discutidas por los asegurados, regirían los contratos que éstos suscribieran.

5.- Las Condiciones Generales. El art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro no define el significado de condiciones generales, cosa que sí hace el art. 1 de la Ley 7/1998 de 13 de abril sobre Condiciones Generales de la Contratación al indicar que son “las cláusulas predispuestas cuya incorporación al contrato sea impuesta por una de las partes, con independencia de la autoría material de las mismas, su apariencia externa, de su extensión y de cualesquiera otras circunstancias, habiendo sido redactadas con la finalidad de ser incorporadas a una pluralidad de contratos”.

El art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro se ocupa de establecer los requisitos de formulación e incorporación de las Condiciones Generales y Particulares en el contrato a fin de que éste sea vinculante para el tomador o asegurado. De este artículo cabe destacar, en referencia a la protección del adherente, el interés de que éste conozca la existencia y el contenido de las condiciones generales, incluso en la fase previa a la contratación. A tal efecto, en su apartado primero determina que las condiciones generales deberán estar incluidas por el asegurador “en la proposición del seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo”. Es decir, se establece formalmente un control de inclusión de las condiciones generales con la finalidad de que puedan ser conocidas por el futuro tomador del seguro antes de la perfección del contrato.

El redactado del art. 3.1 de la Ley de Contrato de Seguro está inspirado en el “Codice Civile” italiano. Concretamente, el art. 1341 de esta norma que disciplina las condiciones generales de los contratos estableciendo la regla de que cuando estas condiciones son predispuestas por uno de los contratante vinculan al adherente si en el momento de la conclusión del contrato éste las ha conocido o las ha debido conocer empleando una diligencia ordinaria. Del mismo modo, el “§ 305 del Bürgerliches Gesetzbuch” alemán dispone que las condiciones generales de la contratación sólo formarán parte del contrato si el predisponente, en la conclusión del contrato, advierte de ellas expresamente a la otra parte, y, si la otra parte contractual está conforme con su validez.⁵

Esta misma línea es la que se siguió en el art. 5.1 de la Ley sobre las Condiciones Generales de la Contratación al establecer que las Condiciones Generales pasarán a formar parte del contrato cuando su incorporación sea

⁵MARÍA ROSA ISERN SALVAT. “Las condiciones generales del contrato de seguro y la protección del asegurado en el derecho español”. Rev. boliv. de derecho nº 18, julio 2014.

aceptada por el adherente, entendiéndose que no ha habido aceptación de su incorporación cuando el predisponente no le haya informado expresamente acerca de su existencia y no le haya facilitado una copia de ellas.

En este sentido, la protección del tomador o asegurado se sustenta en la transparencia contractual, facilitándole la información sobre aquellas cláusulas generales que regirán el contrato.

La pretensión de la Ley del Contrato de Seguro es la de que el asegurado tenga constancia por escrito de las Condiciones Generales, bien sea en la misma póliza o en un documento aparte que el asegurado deberá suscribir, y, al mismo tiempo, de que éste disponga de una copia del documento en cuestión.

A este respecto, y con la finalidad de procurar una efectiva protección del asegurado, consideramos que tanto las cláusulas generales como las particulares deberían incorporarse obligatoriamente por escrito siempre en la póliza, prescindiendo de la utilización a tal efecto de cualquier otro documento complementario a ésta. Si la póliza es el documento en el que se redacta el contrato, entendemos que carece de sentido que en ella no consten las cláusulas que regirán la vida de dicho contrato. Por otro lado, el que dichas condiciones consten en un documento separado de la póliza puede representar una medida disuasoria para su lectura de manera que en la práctica el tomador se limite simplemente a estampar su firma en él sin haber tenido conocimiento efectivo de aquéllas.

En cambio lo que sí es positivo es que estas cláusulas ya estén incluidas, en su caso, en la proposición del seguro efectuada por el asegurador. En primer lugar, porque en esta fase previa de reflexión el conocimiento de dichas cláusulas permitirá al futuro tomador comparar entre productos y aseguradoras y podrá tomar una decisión más fundamentada sobre la conveniencia o no de contratar el seguro que se le propone. Además como hemos apuntado, la propuesta realizada por el asegurador vincula a éste por un plazo de quince días, de manera que dicha vinculación sólo se verá materializada cuando el tomador manifieste su voluntad en el sentido de aceptar la propuesta, voluntad que en todo caso deberá expresarse desde el efectivo conocimiento de la existencia y el contenido de las condiciones generales a las que se va adherir.

6.- Las Condiciones Particulares. La función de las condiciones Particulares es individualizar el contrato, de forma que éstas no están impresas con carácter general sino que se redactarán para cada caso en concreto determinando las circunstancias que concurren en el contrato de que se trate. Nos referimos por ejemplo a límites del valor asegurado, las personas que intervienen en la relación, la descripción de los bienes sobre los que recae el interés asegurado, etc. Por consiguiente, las condiciones Particulares, a diferencia de las generales, cumplen la función de subjetivar el contrato adaptándolo a las peculiaridades y necesidades específicas del asegurado. De ahí que las condiciones particulares puedan ser redactadas de común acuerdo entre el tomador del seguro y el asegurador. Por su

carácter individualizado se aplican con carácter preferente a las condiciones generales.

Lo que no obsta a que en la práctica las condiciones particulares también puedan estar pre-redactadas y vengan impuestas por el asegurador, no ya para la generalidad de los contratos, sino previa adaptación de su redactado a cada caso en concreto. De esta forma, lo que realmente distingue a las Condiciones Particulares de las Generales, es que a las primeras les falta el elemento de la uniformidad o generalidad pero no el de la predisposición. Dicho de otro modo, las Condiciones Particulares, acostumbran a ser cláusulas impuestas por el asegurador sin posibilidad de intervención del asegurado, más allá de facilitar la información que se le requiera.

Hemos de subrayar que, incomprensiblemente, la norma dispensa un trato distinto a las Condiciones Particulares, excluyéndolas del deber de su inclusión en la propuesta del contrato si la hubiera. En este punto no compartimos la decisión del legislador por las razones expuestas acerca de la necesaria incorporación de las cláusulas generales en la propuesta de seguro. En efecto, tanto las cláusulas particulares como las generales una vez incorporadas al contrato constituyen la “lex contractus” de obligado cumplimiento por las partes. De este modo, si las Condiciones Generales quedan fuera de la propuesta inicial difícilmente podrá el tomador del seguro formarse una comprensión correcta acerca de a qué se está obligando en caso de manifestar su aceptación ya que no dispone de toda la información que precisa para ello. Por otro lado, si la oferta carece de las Condiciones Particulares surge la duda de cómo se concretará la vinculación del asegurador ante la aceptación del asegurado. En este caso se abre el interrogante acerca de cuál es la cobertura real que está garantizando el asegurador cuando su oferta “incompleta” es aceptada por el tomador dentro de los quince días de plazo estipulados por el art. 6 Ley del Contrato de Seguro.

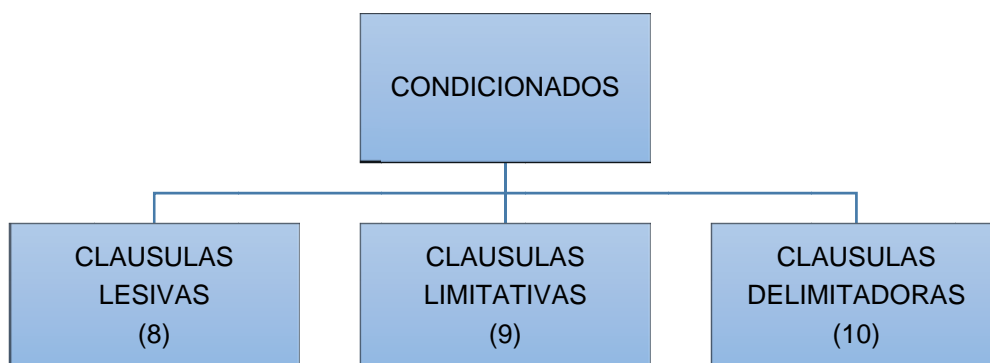
El art. 3 de la Ley del Contrato de Seguro establece determinadas pautas que debe seguir el Condicionado General de la póliza. Por ejemplo, deben ser firmadas por el asegurado, deben ser redactadas de forma clara y precisa, y no podrán tener carácter lesivo para el asegurado.

Ahora bien, la sencillez y claridad en los términos utilizados no basta para garantizar el efectivo conocimiento del contenido del clausulado. A ello debería aunarse también la claridad del documento en que se disponen las cláusulas. Es preciso que éste se presente correctamente sistematizado, que sea breve, conciso y legible, en aras, precisamente, a favorecer su efectiva lectura y comprensión. En efecto, de poco serviría la utilización de términos que puedan ser en sí mismos inteligibles si el contratante encontrase frente a él un documento excesivamente largo y farragoso, escrito con letra pequeña o borrosa, con frases intrincadas y plagado de continuas remisiones a otras partes del contrato y a una variedad de normativa aplicable, que hiciera, en definitiva, totalmente incomprensible y rechazable su lectura.

7.- Las Condiciones Especiales. Estas condiciones suelen introducirse en determinadas clases de pólizas de acuerdo a su función específica, a la naturaleza de los objetos o a las personas aseguradas. Estas condiciones tienden a delimitar determinada cláusula o conjunto de cláusulas, y también prevalecen sobre las condiciones generales.

A su vez, las Condiciones de la póliza pueden contener 3 tipos de cláusulas:

Esquema 2: Clasificación de las cláusulas de los condicionados:



Fuente: elaboración propia.

8.- Cláusulas Lesivas: Se definen como aquellas que privan al asegurado de derechos irrenunciables que le reconoce la Ley de Contrato de Seguro y que afectan a la esencia misma del contrato de seguro y, por lo tanto, son nulas. El carácter lesivo de una cláusula general no vendría determinado por ser contraria a las normas imperativas, dado que en tal caso se trataría de una cláusula nula por ser ilegal, sino por causar un desequilibrio importante en las prestaciones derivadas del contrato en perjuicio del asegurado.

La Doctrina se inclina mayoritariamente por considerar que tienen tal condición las cláusulas identificadas como abusivas en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias. Esta norma, surge de la transposición de la Directiva europea 93/13/CEE del Consejo de 5 de abril de 1993, sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores, y establece un procedimiento judicial para la declaración de una cláusula como abusiva a través de la acción de cesación reconocida a las asociaciones de consumidores en el art. 53 de dicho cuerpo legal.

La Ley de Contrato de Seguro establece asimismo la competencia del Tribunal Supremo en la declaración de una cláusula como lesiva (abusiva), que llevaría aparejada su eliminación de los contratos. El art. 3*in fine* de la Ley indica que “declarada por el Tribunal Supremo 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.”

No obstante, la mayor parte de la doctrina estaba de acuerdo en la inoperancia de este procedimiento, a partir de la entrada en vigor de la legislación de consumidores y de condiciones generales de la contratación, y en su sustitución por el procedimiento establecido en estas normas. Esta opinión obedecía a que en casi treinta años de la entrada en vigor de la Ley de Contrato de Seguro solo había existido un pronunciamiento del Tribunal Supremo en relación con la declaración de nulidad de una cláusula.

La Sentencia en cuestión fue la del Tribunal Supremo dictada en fecha 1 de julio de 2010⁶ que resolvía el recurso planteado por la O.C.U. y por diferentes Compañías de Seguros contra la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid (sección 19) de 29 de marzo de 2006. Esta última resolvía una acción de cesación en relación a varias cláusulas insertas en diversos contratos de seguro de varias compañías, y fallaba en favor de declarar la nulidad de 8 de ellas.

La O.C.U. recurrió en casación la sentencia de la Audiencia Provincial, alegando que debía producir efectos no limitados a las partes en el proceso, motivo que fue estimado por el Tribunal Supremo dado que la defensa de los intereses colectivos no está configurada exclusivamente como un medio de resolución de conflictos intersubjetivos de quienes participan en el pleito, sino que incorpora un interés ajeno exige la extensión de sus efectos ultra partes, como instrumento para alcanzar el objetivo señalado en el art. 7.1 de la Directiva 93/13/CEE sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores. Dicho artículo indica que los Estados miembros velarán por que, en interés de los consumidores y de los competidores profesionales, existan medios adecuados y eficaces para que cese el uso de cláusulas abusivas en los contratos celebrados entre profesionales y consumidores.⁷

El Alto Tribunal en su Sentencia confirmó la declaración de nulidad de todas las cláusulas menos una, pero lo más destacado de la misma fue que extendía la declaración de nulidad de estas cláusulas respecto de cualesquiera entidad aseguradora que ofertara en sus contratos alguna cláusula idéntica a las declaradas nulas. Sin duda esta Sentencia supuso un antes y un después en la consideración de cláusulas como abusivas y por primera vez se vio la utilidad del art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Las cláusulas que dicha Sentencia declaró abusivas, y por tanto nulas, son las siguientes:

- La que exige al asegurado entregar el original (no copia) de su póliza para poder solicitar el pago de la indemnización, una vez producida la

⁶Sentencia Tribunal Supremo de fecha 1 de julio de 2010. Id Cendoj: 28079110012010100682.

⁷PASCUAL MARTÍNEZ ESPÍN. "Comentario a la Sentencia n. 401/2010 de 1 de julio. Cláusulas abusivas en contratos de seguros". Centro de Estudio de Consumo.

contingencia o siniestro, desposeyéndole así de la póliza y dejándole a merced de la compañía.

- Todas aquellas que incurren en falta de información sobre aspectos esenciales del contrato de seguro -delimitación del riesgo y prestaciones-, tanto en los de vida (omisión del método del cálculo del valor del rescate y de la revalorización del capital, falta de definición del llamado “interés técnico asegurado”) como de vehículos (criterios de la aseguradora para modificar la tarifa de siniestralidad -sistema bonus-malus-).
- La que impone un sistema de penalización por rescate del seguro de vida en los primeros años tan desproporcionado que niegue al asegurado toda renta e incluso pérdida en parte del capital inicial.
- La que en el mismo seguro de defensa jurídica, exime a la aseguradora de tener que pagar los gastos de procurador y abogado de su cliente si éste gana el juicio y condenan en costas al contrario. En este caso el cliente ha tenido que adelantar todos los gastos y la aseguradora no paga ningún gasto.
- Aquella en la que la compañía se reserva la resolución del contrato por el mero acaecimiento del riesgo cubierto.

Y finalmente destacar la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 22 de abril de 2016⁸ que por primera vez define el concepto de “cláusula lesiva” para los intereses del asegurado considerando como tal aquella que reduce considerablemente y de manera desproporcionada el derecho del asegurado, vaciándolo de contenido, de manera que es prácticamente imposible acceder a la cobertura del siniestro. En definitiva, aquellas cláusulas que impiden la eficacia de la póliza.

9.- Cláusulas Limitativas: Son las que restringen o modifican los derechos de los asegurados a la indemnización una vez que se ha producido el siniestro.

Como clara muestra del ámbito protector de los asegurados que distingue a la Ley de Contrato de Seguro, su artículo 3 somete estas cláusulas a un régimen especial para dotar a los asegurados de una mayor protección exigiendo un doble requisito formal para su válida incorporación al contrato: “se destacarán de forma especial” y “deberán ser específicamente aprobadas por escrito”.

Ahora bien, el citado artículo no define el concepto de cláusula limitativa, siendo la doctrina y, mayoritariamente, la jurisprudencia, quienes se han ocupado de la labor de perfilar su concepto y de proceder a su distinción con las cláusulas delimitadoras del riesgo. De este modo, por cláusulas limitativas debe entenderse aquellas que, bien de forma directa, reduciendo aquellos derechos que normalmente le confieren la ley y el contrato, o bien de forma indirecta, imponiéndole obligaciones más allá de las generalmente

⁸Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 22 de abril de 2016. Id Cendoj: 28079110012016100257.

exigidas para una modalidad de seguro, limitan los derechos de los asegurados.⁹

De conformidad con el redactado del art. 3 de la Ley, las cláusulas limitativas pueden encontrarse tanto entre las condiciones generales como entre las particulares. Por lo tanto, aunque la limitación de los derechos del asegurado provenga de una cláusula particular que haya sido específicamente negociada por el asegurado, sólo podrá ser opuesta por el asegurador, si se ha destacado de forma especial.

Finalmente, hay que señalar que el régimen de las cláusulas limitativas viene impuesto por una norma de carácter imperativo, por lo que, en el caso de ser contravenido se producen los efectos del artículo 6.3 del Código Civil, que establece la nulidad de pleno derecho para los actos contrarios a normas imperativas.

Esta nulidad no alcanza a todo el contrato de seguro, sino que se circunscribe exclusivamente a la cláusula limitativa de derechos. Ello deriva de las previsiones del párrafo tercero del propio artículo 3 al dar por supuesta la posibilidad de declaración de nulidad de cláusulas concretas que no afecten a la totalidad del contrato de seguro.

Realizando una comparativa entre las cláusulas limitativas y las cláusulas lesivas, podemos decir que la jurisprudencia ha resaltado la diferenciación que hace el art. 3 de la Ley entre cláusulas lesivas y limitativas, en tanto que éstas últimas son válidas, aun cuando no sean favorables para el asegurado, cuando éste presta su consentimiento, y de modo especial, al hacer una declaración de su conocimiento; mientras que, las cláusulas lesivas son inválidas siempre. Es decir, el concepto de condición lesiva es más estricto que el de cláusula limitativa, ya que hay cláusulas limitativas válidas, pero las lesivas son siempre inválidas.¹⁰

Conviene hacer una breve referencia al hecho de que, de haber prosperado la reforma que respecto de las cláusulas limitativas incorporaba el Código Mercantil, habríamos asistido a un cambio radical en el panorama asegurador español acogiendo una de las reivindicaciones históricas de las aseguradoras. Como tendremos ocasión de ver con mayor detalle en el Capítulo 7, tales condiciones se entendían aceptadas por el mero transcurso del tiempo, y más concretamente de dos meses desde el pago de la prima si el tomador no manifestaba su voluntad de resolver el contrato. Ni que decir tiene que desde la perspectiva de la protección del asegurado el régimen vigente otorga mayores garantías, si bien no es menos cierto que lo hace en base a un “privilegio” que únicamente existe en el ámbito asegurador y que nunca ha estado exento de polémica.

⁹MARÍA ROSA ISERN SALVAT. “Las condiciones generales del contrato de seguro y la protección del asegurado en el derecho español”. Rev. boliv. de derecho nº 18, julio 2014.

¹⁰ Sentencia Tribunal Supremo de fecha 22 de abril de 2016. Id Cendoj: 28079110012016100257.

10.- Cláusulas Delimitadoras: Son cláusulas delimitadoras del riesgo cubierto, aquellas que acotan o delimitan para cada modalidad de seguro el riesgo que será objeto de la cobertura. Deberán cumplir los requisitos generales de claridad y precisión. Estas son por ejemplo las que determinan la cuantía, el plazo, el ámbito espacial, etc.

El delimitar y concretar el riesgo permite determinar la correspondiente prima, de forma que “la cláusula que delimita el riesgo cumple la función esencial de alcanzar el propósito de la equivalencia de las prestaciones en el contrato de seguro”. La delimitación del riesgo definido en el marco de una específica modalidad de seguro se lleva a cabo mediante la inclusión de determinados riesgos, y, con ello, el correlativo no aseguramiento de otros con el fin de adecuar la cobertura del seguro a la voluntad de las partes contratantes.¹¹ Dentro de estos parámetros, las cláusulas delimitadoras del riesgo no deben ser consideradas como cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados dado que las primeras son las que hacen nacer el derecho del asegurado a la prestación, mientras que las segundas actúan para limitar y restringir ese derecho.

No obstante, en la práctica cotidiana se observa ya la tendencia a formular, dentro del apartado de la delimitación del riesgo, una serie de exclusiones expresas en referencia al riesgo inicialmente garantizado que van más allá de lo que normalmente se espera el tomador cuando decide contratar esa modalidad de seguro.

Por lo tanto, una vez delimitada la cobertura en el caso concreto y dentro de lo habitualmente esperable, aquella estipulación que adicionalmente introduzca exclusiones, mermando la cobertura aseguradora que cualquier contratante espera obtener para esa modalidad de seguro, entendemos razonable (en los términos en los que actualmente de regula esta cuestión) que sea calificada de limitativa de derechos, y, por tanto, deba ser realmente conocida y expresamente aceptada por el tomador del seguro.

De hecho la diferenciación entre cláusulas limitativas de los derechos del asegurado y cláusulas delimitadoras del riesgo asegurado ha suscitado a lo largo de la vida de la Ley del Contrato de Seguro una discusión, o casi mejor una confusión, que ha sido finalmente resuelta, o al menos, unificado el criterio por la jurisprudencia, principalmente gracias a dos Sentencias del Tribunal Supremo.

La primera, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de septiembre de 2.006¹², sentó como doctrina que “las cláusulas delimitadoras del riesgo son aquellas mediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando que 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”. Destacaba como cláusulas delimitadoras

¹¹SANCHEZ CALERO, F (dir) “Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/80, de 8 de octubre, de seguro y sus modificaciones” Editorial Aranzadi. 2010.

¹²Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de septiembre de 2.006. Id Cendoj: 28079110012006101089.

aquellas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial”.

Señalaba una diferencia sumamente importante entre ambas cláusulas, indicando que las delimitadoras “no están sujetas a los requisitos impuestos por la Ley a las limitativas conforme al art. 3, puesto que la exigencia de este precepto no se refiere a una condición general o a sus cláusulas excluyentes de responsabilidad de la aseguradora, sino a aquellas que son limitativas de los derechos de los asegurados”.

La segunda, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de Julio de 2011¹³, que en consonancia con la doctrina sentada en la anterior, establecía que “las cláusulas delimitadoras del riesgo son aquellas que tienen como finalidad delimitar el objeto del contrato de seguro, esto es, concretar qué riesgos son objeto del mismo, esto es, tipo de riesgos, cuantía, plazo y ámbito temporal. Otras sentencias posteriores incluyen en esta categoría la cobertura del riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada.

Esta doctrina fue posteriormente recogida en otras sentencias del Tribunal Supremo, a saber, la de 5 marzo de 2012,¹⁴ y la de 27 de junio de 2013.¹⁵ La primera determinaba que las cláusulas delimitadoras del riesgo “establecen exclusiones objetivas de la póliza o restringen su cobertura en relación con determinados eventos o circunstancias, siempre que respondan a un propósito de eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato (...) o en coherencia con el uso establecido y no puede tratarse de cláusulas que delimiten el riesgo en forma contradictoria con el objeto del contrato o con las condiciones particulares de la póliza, o de manera no frecuente o inusual”.

Por consiguiente, conforme al criterio expuesto por el Tribunal Supremo las cláusulas en las que se establecen exclusiones en la cobertura de la póliza no deben ser consideradas, per se, cláusulas limitativas de los derechos del asegurado, sino cláusulas delimitadoras del riesgo por cuanto concretan qué riesgos en concreto quedarán fuera de la cobertura del contrato.

¹³Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de julio de 2011. Id Cendoj: 28079110012011100536.

¹⁴Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de marzo de 2012. Id Cendoj: 28079110012012100135.

¹⁵Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de junio de 2013. Id Cendoj: 28079110012013100453.

5. Otros aspectos relevantes de la Ley de Contrato de Seguro

5.1. Estructura y ámbito de aplicación

Siguiendo con el análisis del contrato de seguro y sus vicisitudes, procede abordar ahora la estructura y características de la ley que lo regula. Al respecto indicar que la Ley del Contrato de Seguro se caracteriza principalmente por el carácter imperativo de sus preceptos, exceptuando los casos en que así lo establezca la propia norma, o cuando existiendo contradicción entre la póliza y la ley, la primera sea más beneficiosa para el asegurado. No será tampoco ley imperativa en el supuesto de los denominados grandes riesgos. Éstos últimos venían estipulados en el art. 107 de la Ley de Contrato de Seguro y eran fruto de la adaptación de la Ley a las disposiciones de la Directiva 88/357/CEE, sobre libertad de servicios en seguros distintos al de vida. Dicho artículo hacía una enumeración de lo que se consideraba grandes riesgos pero con motivo de la reciente aprobación de la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, dicha clasificación ha sido derogada.

En cuanto la estructura de la ley, ésta se divide en cuatro títulos:

- **Título I:** Disposiciones generales (arts. 1-24), de aplicación a todos los contratos de seguro.
- **Título II:** Seguros contra daños (arts. 25 a79), se divide en una primera sección (arts.25 a 44), en la que se encuentran las disposiciones generales aplicables a todos los seguros de daños, entre ellos el seguro de responsabilidad civil, y otras nueve secciones dedicadas a la regulación de los ramos de incendio, robo, lucro cesante, caución, crédito, transporte terrestre, responsabilidad civil, defensa jurídica y reaseguro.
- **Título III:** Seguros de personas (arts. 80 a106), con la misma estructura que el título anterior: una primera sección (arts. 80 a 82) que contiene las disposiciones generales aplicables a todos los seguros de personas y cinco secciones más dedicadas a los ramos de vida, accidentes y enfermedad, asistencia sanitaria, y la reciente de seguros de decesos y dependencia.
- **Título IV:** Este título, que se incorporó en la primera gran reforma de la Ley en 1990 recoge en tres artículos (arts. 107 a 109) las normas de Derecho internacional privado aplicables al contrato de seguro.

5.2. Derechos y obligaciones de las partes

Con anterioridad a la Ley del Contrato de Seguro, los derechos y obligaciones de las partes en el contrato venían establecidas en diferentes normas contenidas en el Código Civil y el Código de Comercio, así como en los condicionados de la póliza. Estos condicionados debían ser sometidos a aprobación previa de la Dirección General de Seguros, con lo que se convertían en las práctica en normas uniformes para todo el sector y con ello quedaban protegidos los derechos de los asegurados y tomadores del seguro.¹⁶

Hoy la Ley de Contrato de Seguro regula una serie de comportamientos que deben esperarse tanto del asegurador como del asegurado para el buen fin del contrato de seguro.

Destacamos como obligaciones del asegurado las siguientes:

1. Proceder de buena fe a declarar y describir con claridad la totalidad de los elementos del riesgo que pretende asegurar.
2. Pagar la prima correspondiente al seguro.
3. Comunicar al asegurador las agravaciones esenciales del riesgo, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que las conozca (art. 52 Ley de Contrato de Seguro).
4. Informar a la empresa aseguradora, por escrito, tan pronto como tenga conocimiento, de la ocurrencia del siniestro (art. 66 Ley de Contrato de Seguro).
5. Dar a conocer por escrito a los diversos aseguradores, la existencia de otros seguros respecto del mismo riesgo y por el mismo interés (art. 100 Ley de Contrato de Seguro).
6. Manifiestar al asegurador el cambio de dueño del objeto asegurado (art. 107 Ley de Contrato de Seguro).
7. Ejecutar los actos que tienden a evitar y disminuir los daños que puedan surgir del siniestro (art. 113 Ley Contrato de Seguro).
8. Mantener el estado de las cosas después del siniestro, (art. 114 Ley de Contrato de Seguro).
9. Abstenerse de realizar actos, o de incurrir en omisiones, que impidan la subrogación de la empresa en los derechos del asegurado contra terceros con motivo del siniestro (art. 111 Ley de Contrato de Seguro).

¹⁶ JOSÉ LUIS PÉREZ TORRES. "Fundamentos del Seguro". UMESER S.A. Febrero2011.

Destacamos como obligaciones del asegurador las siguientes:

1. Satisfacer la indemnización 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 Ley Contrato de Seguro).
2. Rescindir el contrato cuando el asegurado agrave las circunstancias esenciales del riesgo, aunque prácticamente no lo modifiquen (art. 63 Ley Contrato de Seguro).
3. Rescindir el contrato dentro de los quince días siguientes en caso de cambio de dueño de la cosa asegurada (art. 107 Ley Contrato de Seguro).
4. Rescindir el contrato en caso de omisiones o declaraciones inexactas de los hechos (8, 9 y 10 Ley Contrato de Seguro).
5. Reducir la prestación debida, en caso de que no se le notifique con oportunidad la ocurrencia del siniestro (art. 66 Ley Contrato de Seguro).
6. Adquirir los efectos salvados del siniestro, mediante el pago al asegurado (art.116 Ley Contrato de Seguro).
7. Elegir como forma de cumplir con la obligación principal, entre el pago, la reposición o la reparación de la cosa asegurada (art. 116 Ley Contrato de Seguro).
8. Exigir al asegurado o beneficiario toda la información sobre los hechos relacionados con el siniestro por los cuales se puede determinar las causas y circunstancias de su realización y sus consecuencias (art. 69 Ley Contrato de Seguro).

Merece la pena detenernos en este capítulo a analizar aquellos preceptos que regulando los derechos de asegurador y el asegurado, han requerido, no sin controversia la interpretación no siempre unánime de los Tribunales.

Veremos que son muchas las ocasiones en las que la protección del derecho de los asegurados ha tenido que venir de la mano de la Jurisprudencia, bien por falta de regulación específica, o bien por falta de claridad en la norma. Con su labor interpretativa los tribunales han contribuido en gran medida a la consecución de mejoras en los derechos de los asegurados, y en ocasiones su criterio se ha visto reflejado posteriormente en la legislación. La visión práctica del día a día que tienen los tribunales es valiosísima para analizar cuestiones que atañen a los derechos de los asegurados sobre las que el legislador en ocasiones no repara lo suficiente para corregir *per se* el desequilibrio natural entre asegurador y asegurado.

En los apartados siguientes veremos algunos ejemplos de preceptos en los que ha sido fundamental la interpretación de los Tribunales.

5.2.1. La obligación de pagar la prima.

Art. 15 LCS

“Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, 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.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.”

Este artículo regula las consecuencias del impago de la prima estableciendo unas reglas distintas respecto de si se trata de la primera prima o de las primas siguientes.

➤ 1.- El impago de la primera prima:

Ante el incumplimiento del pago de la primera prima se contemplan dos posibilidades para el asegurador, a saber, la resolución del contrato, o la reclamación de la prima:

a) Resolución del contrato:

De la lectura del precepto “si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza” se desprende que la Ley de Contrato de Seguro permite al asegurador resolver el contrato sin acudir a la vía judicial, a diferencia de lo previsto en el art. 1124 del Código Civil que determina que “el perjudicado (por el incumplimiento de una obligación recíproca) podrá escoger entre exigir el cumplimiento o la resolución de la obligación”. Para que se declare resuelto el contrato, basta con que el asegurador exprese su voluntad resolutoria, sin ser precisa la correspondiente declaración judicial. De acuerdo con esta interpretación, producido el impago de la prima, el asegurador queda liberado de pagar el siniestro sin necesidad de instar la resolución del

contrato, y sin que tener que enviar ningún tipo de comunicación al tomador.

Conviene aquí hacer una especial mención respecto del impago de la primera prima o prima única en el ámbito de seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor a la vista de la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de septiembre de 2015¹⁷. Y ello porque establece la necesidad de distinguir entre los efectos que ese impago acarrea en el ámbito interno de la relación contractual, y respecto de terceros. Así, para que la aseguradora quede liberada de la obligación de indemnizar al tercero perjudicado es necesario que acredite haber dirigido al tomador del seguro un correo certificado con acuse de recibo o por cualquier otro medio admitido en derecho que permita tener constancia de su recepción, por el que se notifique la resolución del contrato. Si no se acredita dicho requisito por parte de la compañía la aseguradora no estará liberada del cumplimiento de sus obligaciones frente al referido tercero.

b) Reclamación de la prima:

La Ley de Contrato de Seguro establece la vía ejecutiva como mecanismo procesal para reclamar el pago de la prima, por lo que la póliza se encuadraría, dentro de los títulos que tengan aparejada ejecución, en el ordinal 9º del art.517.2 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, cuando hace referencia a “las demás resoluciones judiciales y documentos que, por disposición de esta u otra ley, lleven aparejada ejecución”, siendo preciso el requerimiento previo de pago previsto en el art.581 LEC. También cabría reclamar la prima por el procedimiento declarativo que corresponda según cuantía y por el procedimiento monitorio, dado que ya no existe límite, (art.812.1 LEC) para poder acudir a este procedimiento.

➤ 2.- El impago de la prima siguiente:

El segundo apartado del art. 15 de la Ley de Contrato de Seguro da a entender que ante el impago de la prima siguiente el asegurador puede reclamarla (aunque no lo indique expresamente el legislador), o resolver el contrato transcurrido el mes de gracia (cuya existencia, por cierto, constituye otro claro ejemplo de protección al asegurado sin parangón en otros sectores). Sólo en el caso de que no utilice ninguna de estas alternativas el contrato quedará extinguido tras el transcurso de seis meses desde el vencimiento.

¹⁷Sentencia del Tribunal Supremo, de 10 septiembre 2015. Id Cendoj: 28079110012015100468.

Ambas opciones se presentan como alternativas, pues manifiestan dos voluntades incompatibles entre sí: dar continuidad al contrato (reclamación de la prima) o no dar continuidad al mismo (rescisión del contrato). Parece por tanto que la aseguradora ha de optar por una de las dos alternativas, quedando abierta, según se considera por algún sector de la Jurisprudencia, la posibilidad de que ejercitada una de ellas sin éxito (intento de cobro de la prima impagada) opte por la segunda alternativa (rescisión del contrato) siempre que dichas actuaciones se sucedan temporalmente, quedando vetada la posibilidad de su ejercicio simultáneo. Veremos cuáles son las consecuencias de las dos opciones:

a) Resolución del contrato:

Dispone el precepto que transcurrido un mes de gracia desde el impago, podrá optarse por la resolución del contrato. Así pues tras el impago de la prima sucesiva el contrato de seguro continúa vigente durante el primer mes y con ello la cobertura del seguro, por lo que si acaece el siniestro en este periodo de tiempo, la compañía está obligada a indemnizar al asegurado en los términos convenidos en el contrato y responde frente a terceros perjudicados que ejerzan la acción directa. 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 el contrato no despliega efectos en el sentido de que acaecido el siniestro en ese tiempo la aseguradora no lo cubre frente a su asegurada. Sin embargo la suspensión de la cobertura del seguro no opera frente al tercero que ejercite la acción directa del art. 76 de la Ley de Contrato de Seguro, 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 “.

Ante una situación de impago de un recibo domiciliado la Jurisprudencia mayoritaria ha interpretado el artículo 15.2 en términos muy favorables para el asegurado y viene exigiendo en los casos de prima domiciliada que el impago sea imputable al tomador, debiendo acreditar la aseguradora ha pasado el recibo al cobro y que este ha resultado impagado por falta de fondos. Según la Jurisprudencia mayoritaria, no es necesario salvo pacto en contrario que la aseguradora haga ningún tipo de requerimiento previo de pago al tomador, aunque otro sector considera que el requerimiento previo es necesario para el inicio del cómputo del mes de gracia.

De hecho muchas pólizas pactan en beneficio del asegurado un sistema en que la mora no responde al automatismo de la devolución por el banco del recibo, sino que se inicia una vez cumplida la obligación contractual asumida por la aseguradora de notificar al asegurado el impago. Así en los supuestos de domiciliación bancaria en que el Banco no atiende los recibos por falta de fondos, la suspensión de la cobertura queda bloqueada en tanto la compañía no notifique al tomador el hecho de haber sido desatendido el recibo. En

estos casos no puede entenderse iniciado el periodo de un mes previo a la suspensión de la cobertura, pues está pactado en el contrato que debe notificarse al tomador. Ello supone pues que el impago de una prima no conlleva siempre la suspensión o extinción de la cobertura de la póliza.

Pero ¿qué ocurre cuando se aplaza el pago de una prima? Esto es muy habitual en el mercado asegurador español donde se ha asentado la práctica por parte de las aseguradoras de conceder a sus clientes un aplazamiento en el pago de la prima. Y esto obedece a que a diferencia de otros mercados donde se prefieren periodos de cobertura cortos, en España se ha implantado de manera casi monolítica en muchos ramos que la duración del contrato sea anual, pudiendo renovarse por periodos de igual duración. Y esta opción de prima anual, va acompañada en nuestro país de un aplazamiento del pago de la prima. De este modo, la prima se devenga íntegramente en el momento del inicio de la cobertura del seguro, pero la entidad aseguradora incorpora un aplazamiento en su pago que permite al cliente diferir el pago en varios fraccionamientos a lo largo del año.

El Tribunal Supremo ha clarificado recientemente qué consecuencias tiene el impago de los diferentes plazos de la prima. La Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 30 de junio de 2015¹⁸ ha fijado ciertas pautas en esta cuestión, considerando que habiéndose impagado uno de los fraccionamientos, y transcurridos los seis meses desde ese impago sin que el asegurador haya reclamado su pago, el contrato de seguro queda extinguido de forma automática y por efecto de la propia disposición legal, sin que fuera preciso instar la resolución por alguna de las partes. Por tanto en casos de prima aplazada el cómputo para la resolución empezará a partir del impago de la fracción, lo que marcará el inicio del cómputo del plazo de gracia para determinar si los siniestros acaecidos después de estos impagos quedaran o no cubiertos por el seguro.

b) Reclamación de la prima:

El art. 15 del a Ley de Contrato de Seguro indica que el asegurador podrá reclamar dentro de los seis meses siguientes al impago, el pago de las primas pendientes. Esta es una cuestión harto debatida en nuestros Tribunales, y debemos hacernos eco de una reciente Sentencia que ha cambiado el criterio que había sido casi unánime hasta la fecha, respecto a si el plazo de 6 meses fijado en la Ley para reclamar la prima, es de prescripción o de caducidad.

¹⁸Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 30 de junio de 2015. Id Cendoj: 28079110012015100374.

El criterio mayoritario de los Tribunales venía siendo el de que constituía un plazo de caducidad, entendiendo que el precepto establece es un verdadero término preclusivo para el cumplimiento de una obligación, e impone al asegurador la obligación de reclamar el pago de la prima dentro de los seis meses siguientes del vencimiento, bajo apercibimiento de que de no hacerlo el contrato de seguro se extinguirá.

No obstante ella Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 9 de diciembre de 2015¹⁹ presenta un nuevo criterio sobre el plazo de prescripción aplicable para la reclamación de las primas sucesivas impagadas en los seguros.

La situación a resolver devenía de una reclamación de cantidad por impago de sucesivas primas fraccionadas de tres seguros de prima anual indivisible y cuyas pólizas se habían prorrogado de forma automática. En aplicación del art. 15, párrafo segundo, de la Ley de Contrato de Seguro se entendía que los mismos ya estaban extinguidos automáticamente “*ex lege*” y la acción de reclamación estaba caducada.

Pero según reza esta Sentencia “El art. 15.2 de la Ley de Contrato de Seguro regula los efectos del impago de una prima sucesiva, no el plazo para su reclamación. El plazo de seis meses previsto en el art. 15.2 de la ley de Contrato de Seguro 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, como hace el Juzgado de primera instancia siguiendo el parecer de un sector muy relevante de la doctrina, como un plazo de caducidad, cuyo transcurso impida la posterior reclamación de aquellas primas. Es el art. 23 de la Ley de Contrato de Seguro el que regula los plazos de prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro, entre ellas la reclamación de las primas adeudadas: dos años si se trata de un seguro de daños y cinco si el seguro es de personas.”

Vemos como a partir de esta Sentencia, y en contra de la doctrina mayoritaria, las entidades aseguradoras dispondrán de un plazo mucho más amplio para reclamar la primas impagadas en aplicación del art. 23 de la Ley de Contrato de Seguro, plazo que además es de prescripción, no de caducidad, por lo que presenta la ventaja adicional de poder interrumpirse adecuadamente.

En este caso la interpretación del Tribunal Supremo provocará cierta desventaja al asegurado, al ver como el plazo para que le reclamen el impago de las primas se amplía de 6 meses a 2 o 5 años, dependiendo de si se trata de un seguro de daños o de personas.

¹⁹Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 9 de diciembre de 2015. Id Cendoj: 28079110012015100697.

5.2.2. La acción directa

Otro de los preceptos que ha sido interpretado frecuentemente por nuestros Tribunales es el de la acción de repetición del perjudicado frente al asegurador, sobre todo en la determinación de cuáles son las excepciones que puede oponer la compañía de seguros frente a la reclamación del perjudicado.

Artículo 76 LCS.

“El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de éste, el daño o perjuicio causado a tercero. La acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado. El asegurador puede, no obstante, oponer la culpa exclusiva del perjudicado y las excepciones personales que tenga contra éste. A los efectos del ejercicio de la acción directa, el asegurado estará obligado a manifestar al tercero perjudicado o a sus herederos la existencia del contrato de seguro y su contenido.”

La actividad aseguradora como regla general va dirigida a indemnizar el daño producido al asegurado, cuando se produce el daño garantizado. Pero hay ocasiones en que el contrato de seguro más que cubrir el daño producido en el asegurado directamente, palia dicho daño mediante la indemnización de los perjuicios causados a un tercero perjudicado, daños a los que tendría que hacer frente en un principio, el asegurado. Por tanto en vez de ser el asegurado quien haga frente a dicha responsabilidad, es la propia compañía de seguros quien lo hace en virtud de lo pactado en el contrato de seguro.

Pero ¿qué excepciones puede oponer la compañía de seguros frente a la acción directa del perjudicado? En un principio, y según la dicción literal del precepto, sólo podría oponerse como excepción al perjudicado, la culpa exclusiva del mismo, y las excepciones personales que tuviera la compañía de seguros contra el perjudicado. En cuanto a la culpa exclusiva del perjudicado, hay que decir que su fundamento es evidente, pues si es el perjudicado el causante de los hechos, y culpable de los mismos por su negligencia, no puede entenderse como perjudicado en el sentido de persona que sufre los efectos de una acción negligente causada por un tercero. Ante esta situación la acción directa dirigida frente a la compañía de seguros no tiene sentido alguno, al no existir responsabilidad del asegurado de la compañía.

En cuanto a las excepciones personales que tuviera la compañía contra el perjudicado destacarían la inexistencia del contrato, su resolución, que el

daño derive de hecho ajeno al ámbito material de la cobertura, o que el daño no esté cubierto.

Pero uno de los elementos complejos de la acción directa lo constituye la llamada "inoponibilidad de excepciones". Según su texto la acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado, y sin embargo tanto la Doctrina como la Jurisprudencia han matizado esta norma esbozando una nueva categoría de excepciones a oponer por la compañía de seguros, que no podemos decir que deriven directamente de la dicción del art. 76 Ley del Contrato de Seguro, sino de la propia naturaleza del contrato de seguro. Se considera que al lado de las excepciones que no son oponibles (excepciones propias), hay otras que sí lo son (excepciones en sentido impropio).

Nos referimos como ejemplo a la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de abril de 2009²⁰ que si bien reconoce que la acción directa es inmune a las excepciones personales que el asegurador puede oponer frente al asegurado, admite que se pueden oponer las denominadas "excepciones impropias", y las define como "aquellos hechos impeditivos objetivos, que deriven de la ley o de la voluntad de las partes", es decir "aquellas condiciones establecidas en el contrato y relativas a su contenido, que podría haber opuesto frente a su asegurado en el caso de que éste fuera quien hubiese reclamado". Uno de los argumentos del Tribunal Supremo es que a pesar de que la compañía no puede alegar las excepciones personales que tenga frente al asegurado en caso de ejercicio de la acción directa, ello no puede afectar a la delimitación del riesgo asegurado, pues en otro caso se superarían los límites del contrato de seguro y la cobertura sería ilimitada.

En la misma línea nos referimos a la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de abril de 2015²¹ que respondiendo a esta cuestión indica que pueden oponerse las excepciones objetivas y no las derivadas de la conducta del asegurado, que no son oponibles al perjudicado. Es decir se permite a la aseguradora oponer al perjudicado que el daño sufrido es consecuencia de un riesgo excluido en el contrato, pero no le autoriza a oponer aquellas cláusulas de exclusión de riesgos que tengan su fundamento en la especial gravedad de la conducta dañosa del asegurado, como es la causación dolosa del daño. Tampoco serían oponibles por ejemplo, la inexacta declaración del riesgo por el tomador, o la agravación del riesgo, o el incumplimiento de la obligación de suministrar información sobre el siniestro, o la falta de comunicación del siniestro, o tampoco el no haber empleado los medios para aminorar las consecuencias del siniestro.

²⁰Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de abril de 2009 Id Cendoj: 28079110012009100259.

²¹Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de abril de 2015. Id Cendoj: 28079110012015100183.

Respecto al impago de la prima, el Tribunal Supremo distingue dos supuestos, el caso en que no se ha abonado la primera o única prima, supuesto en el cual el asegurador puede o reclamar la prima debida o resolver el contrato (si ocurre el siniestro antes del pago de la prima no responde la compañía de seguros); por otro lado, el supuesto del impago de primas sucesivas, en el cual se suspende el contrato un mes después del vencimiento de la póliza, y si el asegurador no reclama dicha prima en los seis meses siguientes al vencimiento de la póliza queda extinguido el contrato.

Es decir en el primer caso no se ha iniciado la cobertura del asegurador, en el segundo el contrato queda en suspenso al mes del vencimiento de la póliza. Pues bien, en este segundo supuesto de suspensión del contrato, dice el Tribunal Supremo que no es oponible al tercero perjudicado, pues subsistiendo la vigencia del contrato, al existir posibilidad de reclamación de la prima pendiente por parte de la aseguradora, la referida suspensión sólo puede operar entre las partes contratantes, pero no frente al tercero perjudicado. Otra cosa sería si la compañía resolviera el contrato dentro del periodo legal, lo que se supondría en ese caso la oponibilidad.

En resumen, el criterio del Tribunal Supremo, es considerar que sí son oponibles por la compañía frente a la acción directa, las denominadas "excepciones impropias", de modo que la compañía de seguros no está obligada a satisfacer los daños que exceden de los riesgos pactados en el contrato de seguro. Sin duda, una limitación para el perjudicado que verá sus pretensiones desestimadas si el daño producido por el asegurado lo ha sido fuera de los límites de la cobertura de la póliza.

5.2.3. Tramitación diligente del siniestro

Desde el punto de vista de la protección del asegurado, creemos oportuno resaltar, no sólo la posibilidad de que el asegurado se vea resarcido con un interés de demora, sino la necesidad de que la aseguradora acredite su diligencia en la tramitación de los siniestros. Y es que en ocasiones la protección del asegurado no viene dada únicamente por las garantías de la ley sino por la calidad del servicio que ofrece la propia aseguradora.

Artículo 18 LCS.

“El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización 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. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Cuando la naturaleza del seguro lo permita y el asegurado lo consienta, el asegurador podrá sustituir el pago de la indemnización por la reparación o la reposición del objeto siniestrado.”

Art. 20 LCS

“Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del 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”.

Una de las obligaciones del asegurador es la tramitación diligente del siniestro. Esto significa que debe satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias y, en cualquier caso, el importe mínimo de la indemnización, según las circunstancias que conozca, en los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro. La Ley penaliza duramente al asegurador que incumple la obligación de indemnizar en el plazo estipulado. El artículo 20 establece la imposición de un interés de demora claramente penalizador transcurridos tres meses desde la fecha de producción del siniestro. La ratio del interés, que será un 50% superior al interés legal del dinero, puede verse incrementada hasta el tipo fijo del 20% anual si transcurren dos años desde la producción del siniestro. El asegurador quedará liberado sólo en el caso que el asegurador pueda demostrar que el impago de la indemnización tiene su fundamento en una causa justificada o imputable al asegurado.

Tanto la redacción original del art. 20 que contempla el interés moratorio como la modificación sufrida en 1995 (de la que hablaremos en el capítulo siguiente) han creado importantes problemas en su aplicación por los órganos jurisdiccionales al establecer reglas especiales respecto a las contenidas en el derecho común, y en el ordenamiento procesal. Tampoco aclaran alguno de los aspectos de su contenido, que una vez más han tenido que ser interpretados por la jurisprudencia. Nos referimos por ejemplo a la exclusión de la obligación de abonar los intereses por mora, cuando el pago de la correspondiente indemnización no se haya realizado por causa justificada o sea imputable al asegurado. Pero ¿cuándo se da este supuesto?

Uno de los supuestos más habituales para defender la no imposición del interés moratorio era el de la existencia de desacuerdo en la determinación de la cuantía. Sin embargo, la jurisprudencia ha entendido que dado el carácter sancionador o punitivo de los intereses por mora, el mero hecho de que la determinación de la cuantía de la indemnización deba fijarse en el proceso, no exonera a la entidad aseguradora del proceder al pago de los intereses moratorios.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de noviembre de 2002²² indicaba que "...la Jurisprudencia de esta Sala ha evolucionado desde una línea inicialmente menos favorable al asegurado, descartando tales intereses si para determinar la suma indemnizatoria hubiera sido necesario el proceso, hacia una línea más rigurosa para con las compañías de seguros, según la cual para eliminar la condena de intereses no bastaba con la mera incertidumbre de la cantidad a pagar por la aseguradora sino que era preciso valorar, fundamentalmente, si la resistencia de la aseguradora a abonar lo que, al menos con toda certeza le incumbía, estaba o no justificada, o el retraso en el pago le era o no imputable".

Esta Jurisprudencia fue evolucionando, hasta considerar que cuando la determinación de la causa del pago del asegurador haya de efectuarse por el órgano jurisdiccional (en especial cuando es discutible la pertenencia o realidad del siniestro), se entenderá justificada la demora, es decir cuando exista discusión, no del importe exacto de la indemnización, sino de la procedencia o no de la cobertura del siniestro". Sería el caso por ejemplo de cuando no se han averiguado sus causas, siendo necesario acudir al órgano jurisdiccional competente para determinarlas, o cuando se aprecia una discrepancia razonable sobre su cobertura.

Lo que en todo caso se consideraba una causa justificada, era un desconocimiento razonable por la entidad aseguradora del siniestro, que las sospechas o dudas de la existencia del siniestro por parte de la entidad aseguradora fuesen claras y no meras conjeturas sin motivo, y que la discusión u oposición de la entidad aseguradora fuera razonable y no carente de fundamento o incluso de carácter temerario.

Otro de los aspectos que han sido discutidos y ha dado lugar a diversas interpretaciones por la Jurisprudencia es la aplicación del tipo fijo del 20% transcurridos los dos años desde la fecha del siniestro.

Al respecto la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 1 de marzo de 2007²³ consideró que la falta de jurisprudencia sobre el devengo y cuantía de los intereses moratorios previstos en el artículo 20 Ley del Contrato de Seguro, exigía fijar definitivamente Doctrina, y así estableció la teoría de los

²²Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de noviembre de 2002. Id. Cendoj: 28079110012002101514.

²³Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 1 de marzo de 2007. Id Cendoj: 28079110012007100332.

dos tramos: Durante los dos primeros años desde la producción del siniestro, la indemnización por mora 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 por cien. A partir de esa fecha, el interés se devengará de la misma forma, siempre que supere el 20 por cien, con un tipo mínimo del 20 por cien si no lo supera, y sin modificar, por tanto, los ya devengados diariamente hasta dicho momento.

Esta interpretación favorable a la existencia de tramos y tipos diferenciados, y mantenida en sentencias posteriores del mismo Tribunal, casa con la intención del legislador, expresada en la Exposición de Motivos de la Ley 30/1995, en cuyo apartado 6 justifica la reforma relativa al artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro en la necesidad de evitar las muy diversas interpretaciones a que había dado lugar, señalando que "se cuantifica el interés de demora, moderando la fórmula de un interés absoluto para hacerlo durante los dos primeros años, referencial al interés legal del dinero".

Finalmente, hacernos eco de las críticas que ha suscitado este precepto, empezando por la necesidad de una reforma que reduzca el interés moratorio, pues la situación actual no justifica unos intereses tan elevados. La tasa de inflación y los tipos de interés no tienen nada que ver con los que existían en el momento de la promulgación de la Ley. Debe tenerse en cuenta que en 1980 el interés legal del dinero estaba en torno al 25%, por lo que el interés del 20% estaba en consonancia con la realidad económica del momento. Hoy la situación es bien diferente. Además se trata de un precepto sin equivalencia en Derecho Comparado, pues en otros países como Francia, Italia, Suiza y Portugal, no se aplica al sector asegurador un sistema diferenciado del establecido con carácter general para la mora en el cumplimiento de las obligaciones. No se aplica un interés por mora distinto para las entidades aseguradoras que el interés legal.

Por ello, se reclama por parte del sector asegurador, que se aplique por analogía lo previsto en la Ley 3/2004 de 29 de diciembre de Medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales, cuyo artículo 2 fija el tipo legal de interés de demora que el deudor estará obligado a pagar en la suma del tipo de interés aplicado por el Banco Central Europeo a su más reciente operación principal de financiación efectuada antes del primer día del semestre natural de que se trate, más ocho puntos porcentuales, habiéndose fijado el interés de demora para el segundo semestre de 2016 en un 8%. En este sentido, y como veíamos también en sede de condiciones limitativas, las previsiones que se contenían en el Anteproyecto del Código Mercantil y que detallamos en el Capítulo 7, habrían atemperado el alcance de la vigente regulación. De ahí que podamos afirmar que la reforma que introduce la LOSSEAR en la Ley de Contrato de Seguro ha resultado en este punto más proteccionista para el asegurado, aunque sea por pura omisión.

5.2.4. Las cláusulas “*claimmade*” en el seguro de responsabilidad civil

Atendida la circunstancia de que durante mucho tiempo se consideraron por la jurisprudencia como cláusulas lesivas que atentaban contra los derechos

de los asegurados parece oportuno dedicar al menos una breve mención a cuál ha sido la evolución de este criterio hasta nuestros días.

Artículo 73

“Por el seguro de responsabilidad civil el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho.

Serán admisibles, como límites establecidos en el contrato, aquellas cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados ajustadas al artículo 3 de la presente Ley que circunscriban la cobertura de la aseguradora a los supuestos en que la reclamación del perjudicado haya tenido lugar dentro de un período de tiempo, no inferior a un año, desde la terminación de la última de las prórrogas del contrato o, en su defecto, de su período de duración. Asimismo, y con el mismo carácter de cláusulas limitativas conforme a dicho artículo 3 serán admisibles, como límites establecidos en el contrato, aquéllas que circunscriban la cobertura del asegurador a los supuestos en que la reclamación del perjudicado tenga lugar durante el período de vigencia de la póliza siempre que, en este caso, tal cobertura se extienda a los supuestos en los que el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurado haya podido tener lugar con anterioridad, al menos, de un año desde el comienzo de efectos del contrato, y ello aunque dicho contrato sea prorrogado.”

Las cláusulas “*claimmade*” son propias de los seguros de responsabilidad civil y responden a situaciones en las que el daño aflora con posterioridad al siniestro, pudiendo incluso ocurrir que la compañía aseguradora que estaba contratada en el momento de producirse el siniestro, sea diferente a la que está contratada en el momento de realizar la reclamación. Si entendemos como siniestro el hecho causante, generador de la obligación de reparar, uno de los principales problemas que se derivan del mismo es la posible discrepancia temporal respecto de la fijación del momento en que acontece. Podrían diferenciarse dos criterios: que la delimitación temporal de la cobertura se rija por el criterio del hecho determinante “*action committed*” o bien que la delimitación temporal de la cobertura se rija por el criterio de la reclamación, “*claimmade*”.

Este tipo de contratos de responsabilidad civil ha experimentado una clara evolución desde el primer criterio hasta el segundo atendiendo a la circunstancia de que hecho generador y daño no son simultáneas, y de que incluso es difícil concretar el momento en el que el daño se produce. A

través de estas cláusulas se busca desplazar el nacimiento de la obligación de reparar, al momento en que se produce la reclamación (no al momento de producirse el siniestro), siendo admitidas siempre que sean en beneficio y no perjudiquen los derechos del asegurado o perjudicado, reputándose lesivas en caso contrario.

Inicialmente estas cláusulas habían sido declaradas nulas por la jurisprudencia al considerar que resultaban lesivas para los derechos del asegurado, siendo posteriormente admitidas, gracias en gran medida a la nueva redacción del artículo dada por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Resulta muy ilustrativa de esta evolución la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 1991²⁴, referida a una póliza de seguro de responsabilidad Civil de un colectivo de profesionales médicos en la que se estipulaba la necesidad de que los siniestros debían ser puestos en conocimiento de la aseguradora durante su vigencia.

El Tribunal interpretó en este caso, que el legislador había optado por el hecho motivador (en este caso el acto médico negligente), como criterio para determinar el nacimiento de la obligación de indemnizar del asegurado y, por tanto, habiéndose producido el acto negligente durante la vigencia del contrato, el asegurador debía abonar la indemnización prevista en aquel, con independencia de que los resultados dañosos que dieron origen a la reclamación no se manifestasen hasta un momento posterior, momento en el que se presentó la reclamación. Entendió el Tribunal Supremo que se trataba de una cláusula lesiva por ser incompatible con la noción misma del seguro de responsabilidad civil, así como, por romper con el principio de equivalencia de las prestaciones, ya que no se trataba de limitar temporalmente el riesgo sino de incluir en el contrato cláusulas que privaban de parte de sus derechos al asegurado.

La Sentencia se mostraba pues favorable al reconocimiento del deber de cobertura de las aseguradoras en caso de reclamaciones formuladas después de expirar el contrato de seguro, aunque con origen en actuaciones profesionales llevadas durante el período de vigencia, y con ello adoptaba un criterio de protección del asegurado, siendo el asegurador el que tiene que hacer frente al problema que le representan los 'daños diferidos' o 'tardíos'. Con la nueva redacción del artículo dada por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, las cláusulas "*claimmade*" pasaron a considerarse como cláusulas 'limitativas' de los derechos de los asegurados, condicionando su validez al hecho de que se respetaran los requisitos establecidos en el art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

²⁴M^a CONCEPCIÓN HILL PRADOS. "Las cláusulas "*claimmade*": ¿¿¿fin de la polémica???"
Editorial: Universidad Carlos III de Madrid. 2015.

6. Las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro

Con posterioridad a la promulgación de la Ley de Contrato de Seguro de 1980, y antes de la última reforma parcial introducida por la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR), la Ley de Contrato de Seguro ha sufrido varias modificaciones parciales, así como dos intentos fallidos de reforma íntegra. Las modificaciones pueden agruparse atendiendo a su motivación, en dos grupos: uno, las derivadas de la necesaria transposición de las directivas comunitarias y de la inclusión de las normas de derecho internacional privado sobre ley aplicable al contrato de seguro; otro, las que son consecuencia de un replanteamiento del texto original derivado de la necesidad de atender las nuevas circunstancias impuestas por la evolución del mercado asegurador español.

En el cuadro siguiente se referencian por orden cronológico las modificaciones parciales de la Ley, si bien para no extendernos demasiado, y atendido el hilo conductor del presente trabajo, únicamente se realizarán comentarios sobre aquellas modificaciones que hayan incidido de modo significativo en la progresiva mejora de la protección de los derechos del asegurado.

Cuadro 1.- Las modificaciones de la Ley del Contrato de Seguro

- 1.- Ley 21/1990, de 4 de diciembre, para adaptar el Derecho español a la Directiva 88/357/CEE sobre libertad de servicios de seguros distintos al de vida, y de actualización de la legislación de seguros privados.
- 2.- Ley 30/1995 DE 1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- 3.- Ley 18/1997, de 13 de mayo, de modificación del artículo 8 de la Ley del Contrato de Seguro para garantizar la plena utilización de todas las lenguas oficiales en la redacción de los contratos.
- 4.- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero.
- 5.- Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal.
- 6.- Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de Modificación y Adaptación a la normativa Comunitaria de la legislación de Seguros Privados.
- 7.- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- 8.- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- 9.- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- 10.- Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria.

Fuente: Elaboración Propia

➤ **Ley 21/1990, de 4 de diciembre, para adaptar el Derecho español a la Directiva 88/357/CEE sobre libertad de servicios de seguros distintos al de vida, y de actualización de la legislación de seguros privados**

Una de las modificaciones destacadas es la del art. 10 con la exoneración del deber del tomador de declarar las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, si el asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. La modificación del precepto ha tenido importantes repercusiones en la práctica del mercado y en el reforzamiento de los derechos de los tomadores y asegurados. El precepto parte de la consideración de que el asegurador debe trasladar al cuestionario todos aquellos factores que influyen en la valoración del riesgo, y por tanto, son relevantes para la selección y tarificación del mismo. Aun cuando pesa sobre el tomador el deber de declaración a través del cuestionario, no es menos cierto que pueden existir circunstancias relevantes respecto de las que, por no ser expresamente planteadas, el tomador desconozca su calidad de esenciales para el aseguramiento. En estos supuestos no podrá hablarse de reserva o de inexactitud, con la consiguiente resolución del contrato, ni de aplicación de la regla de equidad en caso de siniestro.

La Ley también introdujo como Sección Novena el Seguro de Defensa Jurídica, que se regulaba por primera en la Ley de Contrato de Seguro, exigiéndose que figurara en un contrato independiente o en un capítulo aparte dentro de la póliza única, en cuyo caso debía especificarse el contenido de la defensa jurídica garantizada y la prima que le correspondía. Y ello en el marco de una serie de exigencias y limitaciones por lo que al ejercicio del ramo respectaba, presididas por la protección del asegurado frente a los conflictos de interés.

Por medio de este seguro, el asegurador se obligaba dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a hacerse cargo de los gastos en que podía incurrir el asegurado como consecuencia de su intervención en un procedimiento administrativo, judicial o arbitral, y a prestarle los servicios de asistencia jurídica judicial y extrajudicial derivados de la cobertura del seguro.

Quedaban excluidos de la cobertura del seguro de defensa jurídica el pago de multas y la indemnización de cualquier gasto originado por sanciones impuestas al asegurado por las autoridades administrativas o judiciales. También quedaban fuera de la regulación de esta nueva sección la defensa jurídica realizada por el asegurador de la responsabilidad civil, cuando éste asumía la dirección jurídica frente a la reclamación del perjudicado, la defensa jurídica realizada por el asegurador de la asistencia en viaje, y la que tuviera por objeto litigios

o riesgos relacionados con el uso de buques o embarcaciones marítimas.

➤ **Ley 30/1995 DE 1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados**

Una de las modificaciones más importantes de la Ley de Contrato de Seguro fue la Disposición adicional Sexta de Ley 30/1995 DE 1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Esta reforma tuvo como punto de partida la Directiva 93/131/CEE de 1993 del Consejo de las Comunidades Europeas, en la que se definen como cláusulas abusivas aquellas cláusulas contractuales que no se hayan negociado de forma individual, en contradicción con las exigencias de la buena fe, originando un desequilibrio importante “en perjuicio del consumidor” entre los derechos y obligaciones derivados del contrato. En la línea de esta Directiva, la Ley 30/1995 introdujo varias modificaciones a la ley de contrato de seguro, todas ellas tendentes a otorgar mayor protección jurídica al asegurado y evitar situaciones de desequilibrio entre asegurador y asegurado.

Veamos a continuación algunos de los aspectos más destacables de la reforma, algunos de los cuales han sido objeto de un análisis más detallado en el anterior capítulo de este trabajo:

Se dio nueva redacción al párrafo inicial del artículo 8 que pasaba a indicar que la póliza debía estar redactada en todo caso en castellano, y si el tomador del seguro lo solicitaba, en otra lengua.

Se introdujo por primera vez la aplicación de un interés de demora por causa de incumplimiento en el pago de la indemnización por parte del asegurador, de manera que si el asegurador incurría en mora en el cumplimiento de la prestación, a la indemnización de daños y perjuicios se le añadía un interés de demora igual al interés legal del dinero vigente incrementado en un 50%. El asegurador incurría en mora cuando no hubiera cumplido con la prestación dentro de los tres meses de la ocurrencia de un siniestro, o no hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción del siniestro, salvo supuestos de causa justificada o no imputable al asegurador. Se regulaba asimismo el término inicial y final del cómputo de los intereses.

Otra novedad importante fue la adición de un nuevo párrafo al artículo 73 que en sede de responsabilidad civil “aceptaba” las llamadas cláusulas “*claimmade*”, dándoles la consideración de limitativas de los derechos de los asegurados que como tales debían ser redactadas de forma clara y precisa, destacadas de forma especial en la póliza y específicamente aceptadas por escrito por el asegurado.

Un claro ejemplo de que el legislador abogaba cada vez más por una mayor protección de los derechos del asegurado fue la adición de un nuevo artículo, el 83, que regulaba la posibilidad por parte del tomador de un seguro de vida de duración superior a 6 meses, de resolver el contrato dentro del plazo de 15 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le hiciera entrega de la póliza o documento de cobertura provisional. En este caso, el tomador del seguro tendría derecho a la devolución de la prima que hubiese pagado.

➤ **Ley 18/1997, de 13 de mayo, de modificación del artículo 8 de la Ley del Contrato de Seguro para garantizar la plena utilización de todas las lenguas oficiales en la redacción de los contratos**

El único artículo de esta ley introducía una nueva modificación al párrafo inicial del artículo 8 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, que quedó redactado de la forma siguiente: “La póliza del contrato deberá redactarse, a elección del tomador del seguro, en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde aquélla se formalice. Si el tomador lo solicita, deberá redactarse en otra lengua distinta, de conformidad con la Directiva 92/1996, del Consejo de la Unión Europea, de 10 de noviembre de 1992.

Aun cuando la Directiva solo se refería a la información previa, el legislador español consideró que tal libertad de elección debía darse igualmente en el contrato de seguro, reconociendo al tomador del seguro el derecho a elegir cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde se realice el contrato u otra lengua distinta.

➤ **Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero**

Esta Ley impuso a las aseguradoras con carácter obligatorio la figura del Departamento de atención al cliente (DAC), configurándolo como sistema extrajudicial de resolución de conflictos en pro del asegurado. Así el art. 29 indicaba que las entidades aseguradoras y las empresas de servicios de inversión estarían obligadas a atender y resolver las quejas y reclamaciones que los usuarios de servicios financieros pudieran presentar, relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos. A estos efectos, las entidades deberían contar con un departamento o servicio de atención al cliente.

Dos años más tarde se dictaría la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente en las entidades financieras exigiendo, entre otros aspectos, su separación de los restantes servicios comerciales u operativos de la organización, para garantizar la autonomía en sus decisiones, así como el cumplimiento de una serie de requisitos relacionados con la normativa de transparencia.

Atendido el papel clave que esta figura está llamada a representar en el ámbito de la protección de los derechos del asegurado, la retomaremos en el último capítulo del presente trabajo.

➤ **Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de Modificación y Adaptación a la normativa Comunitaria de la legislación de Seguros Privados**

Dicha Ley introducía un nuevo artículo, el 6 bis, y reformaba el art. 83 a).

La introducción del art. 6, bis, que facultaba al tomador de un seguro a distancia (distinto al de vida) a resolver el contrato sin indicación de los motivos en el plazo de 14 días, tuvo su importancia por cuanto se erigió como el embrión de la posterior regulación de la comercialización de seguros a distancia. Por ello, aunque el precepto fue formalmente derogado por la Ley 22/2007, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, es destacable que cuatro años antes a la existencia de la misma ya se previeran mejoras en la protección de los asegurados como por ejemplo la facultad de resolución inmotivada.

Posteriormente hemos visto como la normativa sobre comercialización a distancia ha centrado sus objetivos en una mayor protección de los consumidores, por un lado, estableciéndose un régimen riguroso en cuanto a la información que deben recibir los consumidores antes de la celebración del contrato, y por otro, asegurando la necesaria defensa para el consumidor mediante la utilización del arbitraje de consumo, de otros sistemas alternativos de resolución de conflictos y de los mecanismos previstos en la legislación sobre protección de los clientes de servicios financieros (y entre ellos, el DAC).

Respecto a la modificación del art.83.a), se ampliaba de 15 a 30 días el plazo para que el tomador de un seguro de vida de duración superior a 6 meses, pudiera resolver el contrato. Sin duda una nueva mejora para los derechos del asegurado.

➤ **Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres**

Esta modificación supuso un antes y un después en lo que al cálculo de primas se refiere, en un marco donde la mayoría de aseguradoras realizaban una distinción entre mujeres y hombres en el momento de calcular la prima de un seguro.

Esta Ley que implementó al ordenamiento español la Directiva 2004/113 por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro, tenía como objetivo que los hombres y mujeres disfrutaran de igualdad de trato (art. 1.1), por lo cual prohibía cualquier discriminación por razón de sexo (art. 10).

El art. 71 de la Ley que se incluía dentro del título “Igualdad de trato en el acceso a bienes y servicios y su suministro”, establecía la prohibición de la celebración de contratos de seguros o de servicios financieros afines en los que, al considerar el sexo como factor de cálculo de primas y prestaciones, se generaran diferencias en las primas y prestaciones de las personas aseguradas. No obstante, el art. 71.1 establecía una excepción al autorizar tal diferenciación en apoyo a los datos estadísticos pertinentes y fiables que demostraran que el sexo era un factor determinante del riesgo, previa autorización reglamentaria.

Esta Ley no estuvo exenta de polémica en el sector actuarial por considerar que no era procedente equiparar a los hombres y mujeres en la tarificación de primas puesto que las mujeres, entre otros motivos, se consideraba que tenían una esperanza de vida superior a la de los hombres. Así lo demostraban las tablas de mortalidad, y las estadísticas. Estas diferencias que estaban contrastadas y que se basaban en el sexo, debían tener su influencia en el cálculo de la prima, y ello se consideraba no tan solo un principio básico de la ciencia actuarial y de las normas de suficiencia y equidad que regulaban la tarificación de las primas, sino que además, se consideraba por algún sector actuarial, una consecuencia de justicia material y de sentido común.²⁵

Con posterioridad la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 1 de marzo de 2012,²⁶ ratificó la pertinencia de dicha igualdad y declaró nulo de pleno derecho el artículo 5.2 de la Directiva del Consejo 2004/113/CE que era la norma que permitió establecer la excepción antes citada según la cual el sexo sí podía ser factor de cálculo de primas y prestaciones del seguro si se justificaba a partir de datos actuariales y estadísticos. La Sentencia en cuestión declaró que la norma según la cual las primas y prestaciones deben ser independientes del sexo, es una norma absoluta y no puede tener excepción alguna, aunque estas excepciones estén basadas en razones objetivas y estadísticas. Por lo tanto, los Estados miembros no podían mantener esa excepción a la norma porque era contraria a la consecución del objetivo de igualdad de trato entre hombres y mujeres.

A criterio de algunos profesionales del sector se consideraba que tal conclusión era incompatible con la teoría del contrato de seguro cuya particularidad se apoya precisamente en el cálculo del riesgo a partir de distintos factores y que, como demuestran las estadísticas, no es igual en mujeres y hombres. Al final lo que provocó esta obligación para las aseguradoras de descuidar el factor de sexo en su cálculo de

²⁵ ALFREDO BETÉS DE TORO. “La futura tarifa unisex para el cálculo de la prima de los seguros: ¿Más igualdad jurídica o menos sentido común?” Revista de responsabilidad civil y seguro.

²⁶ Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 1 de marzo de 2012.

riesgo, es un aumento en el importe de la prima de las mujeres, pues es inevitable que al igualar los importes de primas hayan subido las de menor riesgo, provocando una situación igualmente desventajosa para todos los consumidores, pues lejos de favorecer al sexo masculino (que seguirá pagando primas igual de caras que antes) ha cargado el coste de la igualdad sobre el sexo femenino.

➤ **Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

La modificación normativa introducida por esta Ley encuentra su fundamento en el artículo 4 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en virtud del cual los estados miembros se comprometían a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que fueran pertinentes para asegurar el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna.

Por acuerdo del Consejo de Ministros de 30 de marzo de 2010, se aprobó el Informe sobre las medidas necesarias para la adaptación de la legislación española a la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, y se encomendó a diversos departamentos ministeriales que, en el ámbito de sus competencias, impulsasen las reformas comprometidas en tal acuerdo.

El artículo 14 de esta ley añade una nueva Disposición Adicional a la Ley de Contrato de Seguro, la cuarta, que regula la no discriminación por razón de discapacidad. En particular se prohíbe la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador, o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de discapacidad, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.

Esta modificación es un claro ejemplo que el legislador español aboga por la protección no tan solo del asegurado en general, sino también de aquellos colectivos que por sus circunstancias especiales son susceptibles de recibir un trato desigual respecto a cualquier asegurado.

➤ **Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria**

La Disposición final novena de esta Ley añade el párrafo 6 del art. 38 de la Ley de Contrato de Seguro que pasa a indicar que cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. De no existir tal conformidad, se podrá

promover un expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En estos casos, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

Podemos decir, que la nueva redacción del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro ofrece una vía extrajudicial y rápida para el nombramiento del tercer perito, y representa un paso más hacia la implantación de mecanismos alternativos de solución de conflictos en un marco de significativa litigiosidad como es el asegurador.

Para finalizar la reseña de las modificaciones parciales de la ley, dedicaremos el capítulo VIII de la presente tesis a las novedades introducidas por la última de sus reformas, la recogida en la Disposición Final I de la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras (LOSSEAR).

7. Intentos de reforma integral de la Ley de Contrato de Seguro: las propuestas que no llegaron a prosperar

7.1. Introducción

En el capítulo anterior analizábamos cuáles han sido las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro, todas ellas parciales, al afectar únicamente a determinados artículos. No obstante, también hubo algún intento de reforma integral de la Ley al considerarse que las reformas parciales realizadas hasta entonces no ponían solución a muchos otros aspectos de la Ley que merecían ser revisados y modificados.

No fue hasta en torno a la celebración del vigesimoquinto aniversario de la Ley de Contrato de Seguro, que comenzó a hablarse por algún sector de la judicatura y por los profesionales del sector asegurador sobre la necesidad de revisar en profundidad la norma o, incluso, abordar una nueva redacción total de la misma, al considerarse que en muchos aspectos había quedado desbordada por la realidad de un mercado de seguro que distaba mucho de ser aquél en cuyo marco fue concebida en el año 1980.

En este contexto, a finales de 2005, con el fin de servir de motor de una eventual reforma, y para tratar de analizar la necesidad de la misma desde distintas perspectivas, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones constituyó un grupo de trabajo del que formaron parte el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Economía y Hacienda, el Instituto Nacional de Consumo, Unespa y SEAIDA (Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros). Unos meses antes de la creación del grupo de trabajo, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ya se había dirigido a varias de las instituciones que formarían el Grupo, con el fin de recabar su opinión sobre la necesidad de modificación o sustitución completa de la Ley por otro texto.

La opinión de SEAIDA sobre la forma de realizar la reforma fue decantarse por mantenerla Ley de Contrato de Seguro tal y como estaba, abordando únicamente modificaciones en relación con los artículos que se habían mostrado más conflictivos, entre ellos:

- Régimen de las cláusulas limitativas.
- Deber de declaración del riesgo.
- Intereses de demora, y
- Revisión de los seguros de responsabilidad civil y de vida con el fin de adecuarlos a la evolución que habían experimentado en los últimos veinte años, al entender que era una de las regulaciones más obsoletas de la Ley).

Siguiendo este criterio de abordar únicamente la reforma de algunos preceptos de la ley, SEAIDA publicó a finales de 2006 en el Boletín

informativo nº 103 un informe llamado “Informe de Propuestas presentado por la DGS de Bases para la Reforma de la Ley de Contrato de Seguro”.

El documento no era un texto articulado, sino una serie de recomendaciones y propuestas fruto de las diversas opiniones vertidas a los largo de las reuniones del grupo de trabajo. Entre las propuestas destacaban:

- La modificación del art. 3 para adecuarlo a la Ley de Condiciones Generales de la Contratación.
- La incorporación de la regulación de los seguros de grupo (aunque reducida solo a una fusión de los artículos 7 y 81),
- La eliminación de la referencia al 20% en los intereses de demora.
- Reubicación de la regulación del coaseguro, los riesgos extraordinarios y los grandes riesgos en la parte general.
- Simplificación del procedimiento pericial del art. 38.
- La aclaración de algunos de los puntos más conflictivos del seguro de responsabilidad civil.

Una vez finalizado el análisis del conjunto de la Ley, el Ministerio de Economía y Hacienda elevó sus conclusiones al Ministerio de Justicia, a quien correspondía la iniciativa legislativa sobre la Ley de Contrato de Seguro.

Paralelamente, en el seno de la Comisión General de Codificación y enmarcado en el proyecto de codificación Mercantil, se creó un grupo de trabajo para la reforma de la Ley de Contrato de Seguro. El grupo de trabajo presidido por Fernando Sánchez Calero elevó a la Sección Mercantil de la Comisión General de Codificación la propuesta de nueva Ley de Contrato de Seguro. En esta ocasión sí se trataba de un texto articulado: “Propuesta de texto reformado de la Ley de Contrato de Seguro realizada por el Grupo de Trabajo constituido en la Comisión General de Codificación”.

Esta propuesta serviría posteriormente como base para la elaboración del Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro, de 8 de abril de 2011.

7.2. Anteproyecto de Ley del Contrato de Seguro, de 8 de abril de 2011

7.2.1. Introducción

Como apuntábamos en el apartado anterior, fue a partir del año 2006 cuando se empezó a gestar la propuesta de una reforma de la Ley de Contrato de Seguro. La Doctrina había señalado que se echaban en falta en la regulación del año 1980 preceptos que reconocieran ciertas figuras o ramos consagrados ya por la práctica del sector. Igualmente, algunos artículos y expresiones habían perdido su sentido, o se encontraban referencias a instituciones que ya no existían, como sucedía en materia concursal. La nueva Ley afrontaba el reto de mantener la calidad técnica de

la Ley de 1980, aprovechando la experiencia y la Jurisprudencia recaída en su aplicación, y pretendía reforzar la seguridad jurídica, adaptada a un mercado que ya no era el mismo que hacía 30 años, cuando se aprobó la ley.²⁷

Como características y novedades del Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro destacaban las siguientes:

- La Ley constaba de 98 artículos estructurados en tres títulos que se referían a las disposiciones generales aplicables a todos los contratos de seguro, los seguros contra daños y el seguro de personas.
- De esta nueva estructura destacaba la ampliación de las disposiciones generales, que se habían de aplicar a todas las modalidades posibles de seguro, ya fueran de daños o de personas, y cualquiera que fuera la forma de su contratación, bien contratación a distancia o con presencia física y simultánea de los contratantes. Estas disposiciones generales eran consecuencia de una revisión pormenorizada de los preceptos vigentes hasta la fecha, que habían sido uniformados, generalizados y actualizados, teniendo en cuenta tanto su funcionalidad práctica como la jurisprudencia que sobre los mismos había recaído. El resultado era un contenido mínimo y básico de los contratos de seguros en beneficio del asegurado, de tal forma que sólo a favor de este pudieran introducirse modificaciones en el contrato.
- La Ley efectuaba una simplificación y actualización de conceptos y de términos jurídicos, al objeto de hacer más comprensible el contenido de la póliza, aclarar ciertas contradicciones, y conformar un proceso contractual más claro.
- Asimismo, se tenía presente el mundo de las nuevas tecnologías y confería la necesaria seguridad jurídica a los contratos celebrados a distancia (realizados a través de Internet, telefónicamente o por cualquier otro medio electrónico).
- Una característica importante, era que se aseguraba una mayor coordinación con la normativa general de protección al consumidor cuando los asegurados tuvieran dicha consideración, en concordancia con algunas de las previsiones contenidas en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias del año 2007.

7.2.2. Contenido normativo

Los cambios más novedosos del Anteproyecto de Ley se encontraban en los siguientes artículos:

²⁷Exposición de Motivos del anteproyecto de Ley del Contrato de Seguro, de 8 de abril de 2011.

➤ **La protección del consumidor**

El art. 4 remitía, como normativa básica aplicable a las condiciones generales del contrato de seguro, a las normas contenidas en la legislación sobre Condiciones Generales de la Contratación, ley 7/1999 de 13 de abril. También establecía que a los contratos de seguro en los que el tomador o asegurado tuvieran la condición de consumidor o usuario les sería de aplicación la normativa de defensa de los consumidores y usuarios, en lo no expresamente regulado en la ley o en la normativa de supervisión de seguros privados.” Asimismo se indicaba que las cláusulas contenidas en las condiciones generales de contratación que fueran calificadas como abusivas por la normativa en materia de protección a los consumidores o por los Tribunales, serían asimismo nulas sin perjuicio de la eficacia del resto de las condiciones establecidas en la póliza.

Sin duda, se pretendía dar un paso más hacia la protección del asegurado respecto de la ley vigente, e integrar el régimen especial del contrato de seguro con las normas genéricas de protección del consumidor y condiciones generales de la contratación.

➤ **Deber de información**

El art. 8 establecía que con carácter previo a la contratación, el asegurador tenía que entregar al tomador de seguro la información previa contenida en el anexo de la ley, que debería estar redactada de forma clara y precisa.

El anexo que mencionaba el precepto establecía toda una serie de información que debía facilitarse a los tomadores de seguros, distinguiendo entre: información en los contratos de seguros contra daños, y en seguros de personas distintos al seguro de vida, e información para contratos de seguro de vida, seguros de decesos y enfermedad, para finalmente regular una serie de información que debía ofrecerse en todos los contratos, haciendo constar que la póliza o boletín de adhesión debía incluir una mención fechada y firmada por el tomador o asegurado, en la que reconociera haber recibido con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, toda la información previa requerida en el Anexo, habiendo de precisarse la fecha de su recepción.

➤ **Obligaciones de las partes**

Las obligaciones de las partes eran más concretas y se intuía claramente una mayor garantía al asegurado. Por ejemplo:

El art. 9.4 introducía la obligación del asegurador en caso de extravío de la póliza, de expedir copia o duplicado de la misma, que tendría idéntica eficacia que la original.

Asimismo el art. 10.4 regulaba que en caso de producirse una modificación sustancial de las condiciones del contrato, el asegurador debía entregar al asegurado una nueva póliza que recogiera las condiciones vigentes y dejara sin efectos las precedentes.

➤ **Declaración del siniestro/impago de la prima**

El art. 16 regulaba el impago de la prima, contemplando para los casos de impago de la primera prima, o prima única, la reducción del plazo de 6 a 3 meses para que el asegurado pudiera resolver el contrato, o bien exigir el pago de la prima. También se reducía de 6 a 3 meses el plazo para reclamar el pago de la prima en caso de impago de las primas periódicas.

En cuanto al deber del asegurado de comunicar el siniestro y dar todas las informaciones al respecto, el art. 17 facultaba al asegurador a reclamar daños y perjuicios si se incumplía ese deber, pero solo si había mala fe del asegurado, desapareciendo la facultad anterior del asegurador de no atender el siniestro. Asimismo, desaparecía la facultad del asegurador de poder solicitar daños y perjuicios si no se comunicaba el siniestro en el plazo de 7 días.

En cuanto a la aminoración del riesgo se preveía que el asegurado debía emplear los medios a su alcance para aminorar el riesgo, y en caso de incumplimiento por dolo o culpa, podría el asegurador reclamar daños y perjuicios. Se eliminaba la facultad del asegurador de poder reducir la prestación o incluso de no aceptar el siniestro.

➤ **Tramitación del siniestro**

Especialmente importante era también la extensión de la obligación del asegurador de presentar una oferta motivada de indemnización. Se regulaba un plazo de dos meses desde la comunicación del siniestro para realizar una oferta de indemnización, detallada y con documentos que la avalaran, y un plazo de 5 días para realizar el pago ofertado. En el mismo plazo de dos meses debía el asegurador dar una respuesta motivada en caso de rechazo de la petición de indemnización. El epígrafe V de la Exposición de motivos del Anteproyecto señalaba que esta era una de las reformas más importantes que se llevaba a cabo. El deber de motivar la oferta se introducía por analogía a la oferta en el seguro de autos a nivel europeo. Como novedad, se suprimía el pago del importe mínimo del siniestro a los 40 días que tantos problemas generaba pero se determinaba la necesidad de una diligencia exigible para que en dos meses se cerrara el siniestro.

Se establecía además que la oferta motivada debía contener de forma detallada los documentos e informes de los que dispusiera, incluyendo los periciales que habían servido para realizar la oferta de indemnización. Con esto se pretendía ganar transparencia, teniendo en cuenta que quien peritaba era un profesional encargado por la compañía y que además el cliente no recibía nunca la peritación (ni cuando la reclamaba), era evidente que la nueva redacción legal era muy importante para los intereses de los asegurados.

Esta mayor garantía que se ofrecía al asegurado en relación a la tramitación del siniestro, contemplándose la inclusión en la oferta motivada de los informes periciales, se ha visto reflejada posteriormente en la recién aprobada Ley 35/2015 de 22 de septiembre de reforma del sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en los accidentes de circulación.

Al respecto en el art. 7.3 de la Ley se prevé que para que sea válida la oferta motivada deberá contener de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga para la valoración de los daños, incluyendo el informe médico definitivo. Todo ello en aras a permitir que el perjudicado tenga los elementos de juicio necesarios para decidir su aceptación o rechazo, lo que supone un paso más a nivel de transparencia, facilitando toda la información al asegurado.

El anteproyecto también incluía la regulación introducida por la Ley 30/1995 de 1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados respecto al nuevo régimen de los intereses de demora, y la aceptación de las cláusulas “*claimmade*”, según se ha comentado en el capítulo anterior.

En cambio en cuanto al seguro de daños se daba una escasa regulación para los supuestos en que las partes no se pusieron de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, no previéndose la designación de peritos por ambas partes, algo que sí estaba previsto en el art. 38 de la anterior regulación.

➤ **Seguro de vida**

Una novedad destacable era la que se contenía en el segundo párrafo del artículo 73.3 que facultaba al asegurado para poder revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento de la vida del contrato y, en ese caso, la entidad aseguradora, desde la recepción del escrito de revocación, cesaría en la cobertura del riesgo y, en consecuencia, el tomador tendría derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, con excepción de la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiere tenido vigencia.

Finalmente la ley incluía el régimen jurídico de ramos que no estaban previstos hasta la fecha, como los seguros de decesos y el de dependencia.

Como conclusión, el Anteproyecto de ley seguía respondiendo, como lo hizo la Ley de Contrato de Seguro de 1980, a las exigencias de defensa de “la parte débil del contrato de seguro”. La reforma tenía como objetivo prácticamente único incrementar la protección de los consumidores de seguros, estableciendo un contenido mínimo y básico del contrato de seguro, que no pudiera alterarse por la voluntad de los contratantes, salvo para ampliarse en beneficio del asegurado. Este extremo suscitó algunas críticas en el sector al considerarse que limitar el objeto de la reforma a la mayor protección del asegurado no iba a resolver los problemas que había planteado la Ley. Se argumentaba además que la Ley era igualmente aplicable a los seguros empresariales, incluso cuando nos encontrábamos con seguros de grandes riesgos, en los que las partes continuaban aplicando la Ley de Contrato de Seguro, por lo que una reforma de la norma enfocada casi exclusivamente desde el punto de vista del consumidor sería parcial e insuficiente.²⁸

El anteproyecto de Ley se quedó en fase de dictamen por los órganos que tenían que emitir su valoración preceptiva y finalmente no llegó a ver la luz durante la legislatura por falta de tiempo como consecuencia de la necesaria disolución de las Cortes antela convocatoria de elecciones generales. En opinión de algún sector vinculado a la actividad aseguradora el hecho de que no se aprobara la ley por falta de tiempo, no era motivo de preocupación. Se consideraba prioritario que el contenido de la Ley se elaborara con calma y no de forma atropellada, ya que debía regular el sector por muchos años y debía ser una Ley consistente, y con el consenso del sector.²⁹

7.3. Anteproyecto de Ley del Código Mercantil

7.3.1. Introducción

Mención especial merece también el intento de incluir la reforma de la Ley de Contrato de Seguro en el articulado de un nuevo Código Mercantil que sustituyera al Código de Comercio de 1881. El objetivo era reforzar la unidad de mercado y de las relaciones contractuales, proporcionando mayor seguridad jurídica a las actividades comerciales, así como acabar con la dispersión existente en la materia. De hecho ya en el año 2006 por orden de fecha 7 de noviembre, el Ministerio de Justicia había encargado a la Sección Segunda de Derecho Mercantil de la Comisión General de Codificación la elaboración de un nuevo Código Mercantil, lo que explica que algunas de las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro que se pretendían incluir en

²⁸Oriol Caudevilla Parellada. La reforma de la Ley del Contrato de Seguro. Pórtico Legal Expansión.

²⁹Fuente: Expansión. 09/05/2011.

el nuevo Código Mercantil, ya habían sido contempladas en el anteproyecto de la Ley de Contrato de Seguro del año 2011, al haberse gestado ambos en paralelo. En cualquier caso, ambos proyectos compartían una clara voluntad de velar por los derechos del asegurado en mayor medida a lo que se había previsto hasta entonces en la Ley de Contrato de Seguro.

La base del Anteproyecto del Código Mercantil fue un código elaborado por parte de la Comisión de Codificación cuya propuesta se presentó el 17 de junio de 2013. Un texto de sólida base académica en el que participaron durante casi siete años un numeroso grupo de reconocidos juristas. Dicha propuesta no obstante sufrió varias modificaciones, tras el período de información pública, en el que se presentaron numerosísimas alegaciones por parte de diversos sectores económicos, colectivos profesionales, despachos de abogados, etc., y también tras la “negociación” del mismo con los órganos políticos, los Ministerios de Justicia y de Economía y Competitividad.³⁰

El resultado fue el Anteproyecto de Código Mercantil. El Texto se componía de 1.726 artículos divididos en un título preliminar y siete libros. La Ley de Contrato de Seguro se incluía en el Libro Quinto (que llevaba por título “de los contratos mercantiles en particular”). Dentro de este Libro, el Título VIII, regulaba el contrato de seguro y la mediación de seguros. La filosofía del nuevo Código era prever unas normas previas comunes para el conjunto de la contratación mercantil, y un régimen específico de cada uno de los contratos, entre ellos el contrato de seguro.

El Título VIII se ocupaba del régimen jurídico de los contratos de seguro y de mediación en seguros, ambos de naturaleza inequívocamente mercantil, con el fin de evitar la dispersión normativa vigente de estos dos contratos mercantiles que, por su naturaleza, estaban íntimamente vinculados. Se trataban únicamente los aspectos jurídico-privados de los contratos, distinguiéndolos claramente de las normas de ordenación y supervisión de carácter administrativo.

La regulación del contrato de seguro, seguía los mismos pasos que la Ley de Contrato de Seguro de 1980, tanto en su contenido, como en su concepción unitaria del contrato de seguro, y en su estructura, incorporando las modificaciones que su aplicación había ido demandando. Se mantenía la misma sistemática de la citada Ley y se regulaban, primero, las disposiciones generales del contrato de seguro y, después, las específicas de los seguros de daños y de los seguros de personas.

³⁰Fuente: Revista Actualidad Jurídica. Las diez Claves del Anteproyecto del Código Mercantil. 02/06/2014.

7.3.2. Contenido normativo

Las modificaciones que dicho texto introducía en la Ley de Contrato de Seguros eran abundantes, destacando por su importancia e innovación las siguientes³¹:

➤ Imperatividad de la Ley

El art. 581-2 disponía al igual que el artículo 2 de la Ley, el carácter imperativo de los preceptos, en defecto de ley especial que les resultara aplicable. "Tendrán carácter imperativo, a no ser que en ellas se disponga otra cosa; no obstante serán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado". También estaban previstas dos excepciones igual que la Ley vigente, al disponer que "tendrán carácter dispositivo respecto de los contratos de seguro de grandes riesgos y de los contratos de reaseguro", tal y como establecen los artículos 44.2 y 79 de la Ley 50/1980, respectivamente.

El Anteproyecto no definía sin embargo, qué se entendía por contratos de seguro de grandes riesgos, disponiendo que se considerarán como tales "los así calificados por la normativa especial aplicable". Pero la definición de esos contratos no se encontraba en una normativa de carácter especial, sino en el artículo 107.2 de la Ley 50/1980. Por tanto, al quedar derogado el conjunto de la Ley del Contrato de Seguro mediante la aprobación del código mercantil, y mientras no se aprobara una norma específica de regulación de los seguros de grandes riesgos, la remisión quedaba vacía de contenido.

➤ Condiciones del contrato de seguro

El art. 581-3 contenía la exigencia de que la póliza contuviera únicamente las condiciones generales, especiales o particulares que fueran aplicables al contrato que suscribiría el tomador, para evitar que recayera sobre él, (como había sucedido hasta entonces) la compleja labor de discriminar qué condiciones le resultaban aplicables y cuáles no.

A diferencia del artículo 3 de la Ley vigente, que establece que en la póliza "se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito", el apartado 4 del artículo 581-3 se limitaba a exigir que "las limitaciones de los derechos del asegurado, tomador o beneficiario figurarán de forma destacada y comprensible y deberán ser aceptadas por el tomador", añadiendo a continuación que "las

³¹Fuente: Exposición de motivos anteproyecto de Código Mercantil.

condiciones del contrato, incluidas las limitativas, se entenderán aceptadas si, transcurridos dos meses desde el pago de la prima, el tomador no ha manifestado su voluntad de resolver el contrato".

De hecho en la Exposición de motivos del Anteproyecto se indicaba que se había considerado conveniente aclarar la compleja distinción entre las cláusulas delimitativas del riesgo cubierto y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados. Pero en realidad, el Anteproyecto parecía eliminar sin más la categoría de las cláusulas limitativas y las garantías que frente a las mismas se ofrecían en la actualidad al tomador del seguro. Si bien es cierto que esta medida podría estar justificada por la conveniencia de armonizar nuestra legislación aseguradora a la de los países de nuestro entorno más próximo, y para permitir un mayor desarrollo de la contratación electrónica de los seguros.

Finalmente el art. 581-3 del anteproyecto no incluyó un apartado que sí estaba en el borrador inicial que incluía la declaración inequívoca de nulidad de las cláusulas contractuales que pretendieran la cobertura de sanciones penales o administrativas por razones evidentes de orden público. Ello se consideraba particularmente necesario para desvirtuar la aparente validez de ciertas pólizas que pretendían asegurar la responsabilidad administrativa en que pudieran incurrir los administradores y directivos de sociedades sometidas a una regulación sectorial.³²

El art. 581-8 se refería al contenido de la póliza, reproduciendo, en líneas generales, lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 50/1980. En particular, en lo que afecta a la lengua de redacción de la póliza indicaba que: "La póliza del contrato deberá redactarse, a elección del tomador del seguro, en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde aquélla se formalice".

Sin embargo el borrador del anteproyecto añadía, que, si el tomador lo solicitaba, la póliza "deberá redactarse en otra lengua distinta, de conformidad con la Directiva 92/96, del Consejo de la Unión Europea, de 10 de noviembre de 1992".

Esta Directiva no se encontraba ya en vigor, pero la norma que la derogaba y reemplazaba, la Directiva 2002/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de noviembre de 2002, sobre el seguro de vida, contenía una previsión semejante a la de aquélla, al establecer en su Anexo II que las informaciones que debían comunicarse al tomador del seguro "podrían redactarse en otra lengua si el tomador del seguro lo solicitara y el derecho del Estado miembro lo permitiera o el tomador tenía libertad para elegir la ley

³²Dictamen sobre el anteproyecto de Código Mercantil emitido por el Consejo de Estado en sesión celebrada el día 29 de enero de 2015. Referencia 837/2014.

aplicable". La omisión de este derecho del tomador a solicitar la redacción de la póliza en otra lengua no era, por tanto, contrario a la normativa europea, pues ésta dejaba libertad al Estado miembro para atribuírselo; a juicio del Consejo de Estado, sin embargo, era conveniente la introducción de este cambio en la regulación del contrato de seguro, dado que esta posibilidad sí se contemplaba en la Ley 50/80.

➤ **Obligaciones del asegurador**

Se preveía la exigencia al asegurador, de acuerdo con lo que la normativa europea recomendaba, de una conducta diligente en la cuantificación del daño y la liquidación de la indemnización, que se concretaba en su deber de presentar una propuesta motivada y documentada de indemnización, o una respuesta motivada de denegación de aquella, por cuanto se consideraba que ambas eran técnicas que habían demostrado su utilidad en el campo de los seguros de responsabilidad civil del automóvil.

En este sentido el art. 581-17 indicaba que el asegurador debería observar, desde el momento en que conociera por cualquier medio la existencia del siniestro, una conducta diligente en la cuantificación del daño y la liquidación de la indemnización. Se preveía asimismo un plazo de 40 días para presentar una propuesta motivada de indemnización y que debía contener de forma detallada los documentos e informes de los que dispusiera.

Este artículo se complementaba para el seguro de daños con dos artículos (582-13, y 582-14) que contemplaban la comunicación por parte del asegurador de una serie de información complementaria sobre el alcance del daño, incumbiendo al asegurado la prueba de la preexistencia de los objetos. No obstante, el contenido de la póliza constituirá una presunción a favor del asegurado de esa preexistencia cuando razonablemente no pudieran aportarse pruebas más eficaces.

El asegurador en el plazo máximo del mes siguiente de haber recibido la información complementaria debería notificar por escrito una oferta motivada de indemnización, que podría completarla con un informe pericial. (Artículo 582-14).

En el seguro de incendios, el apartado 2 del artículo 582- 23 disponía que "en su caso, además de los daños, menoscabos y gastos originados para la minoración del daño, el asegurador indemnizará el valor de los objetos desaparecidos, siempre que el asegurado acredite su preexistencia y salvo que el asegurador pruebe que fueron robados o hurtados". No aclaraba el precepto si la parte final del precepto se refería a bienes robados o hurtados por el propio asegurado, o a bienes que fueron hurtados o robados al asegurado, por terceros, antes o después del incendio, o durante el mismo.

➤ Intereses moratorios

Finalmente no se dio luz verde a la revisión del interés moratorio para adecuarlo a la realidad del mercado financiero, con el fin de evitar cualquier atisbo de rentabilizar el retraso del pago de las indemnizaciones. En el Anteproyecto se mejoraba la situación de las aseguradoras, pero sin llegar a eliminarla previsión de un interés moratorio de al menos el 20 % a partir del segundo año desde la fecha de comunicación del siniestro, pese a constituir una de las peticiones más fervientes del sector.

➤ La acción directa

Entre las disposiciones particulares sobre los principales tipos de seguros de daños destacaban las modificaciones que afectaban al seguro de responsabilidad civil y que buscaban en primer lugar, simplificar la muy compleja redacción existente sobre la delimitación de la cobertura en este seguro, y en segundo lugar, la introducción de novedades, absolutamente necesarias, que afectaban a la acción directa que tiene el tercero o los terceros perjudicados frente al asegurador del responsable civil.

Así el art. 582.44 indicaba que la cobertura del asegurador comprendería, en todo caso, las reclamaciones del tercero perjudicado efectuadas dentro de los dos años siguientes a la terminación de la relación contractual, siendo válidas las cláusulas que ampliaran este plazo. Igualmente se consideraban válidas las cláusulas que extendían la cobertura del asegurador a obligaciones de indemnizar, a cargo del asegurado, surgidas, al menos, en el año anterior al comienzo de los efectos del contrato, siempre que fueran desconocidas por el propio asegurado y cuando la reclamación tuviera lugar durante el período de vigencia de la póliza.

El art. 582.47 indicaba que los terceros perjudicados podrían ejercitar en el mismo proceso la acción contra el responsable del daño y la directa frente al asegurador de la responsabilidad civil. En la acción contra el asegurador, éste podría oponer frente al perjudicado o perjudicados las excepciones que pudieran ampararse en el régimen de la responsabilidad civil del causante del daño o en el contrato de seguro.

➤ Defensa jurídica

La única modificación destacable según el redactado del art. 582-48 era que la aseguradora también se hacía cargo de los gastos en que pudiera incurrir el asegurado como consecuencia de su intervención en un procedimiento de mediación en asuntos civiles o mercantiles, y que venía a añadirse a los derivados de los procedimientos

administrativos, judiciales o arbitrales. Con ello se quería dar un nuevo impulso a los sistemas alternativos de resolución de conflictos.

➤ Seguros de personas

En cuanto a los seguros de personas, destacaban las disposiciones relativas al seguro sobre la vida, que simplificaban su noción legal y daban un mayor desarrollo a las de los seguros de supervivencia, por cuanto el aumento generalizado de la esperanza de vida aconsejaba ampliar el régimen de esta cobertura frente a la tradicional atención casi exclusiva a los seguros de vida para casos de muerte. Se añadían, además, dos nuevas referencias a los seguros de decesos y de dependencia dada su importancia en aquel momento.

7.4. Críticas al anteproyecto de Ley del Código Mercantil

A pesar de las novedades que el anteproyecto introducía en la Ley de Contrato de Seguro, la reforma no estuvo exenta de críticas por profesionales del sector. Destacamos la opinión de aquellos que consideraban que la entrada en vigor del Código Mercantil iba a suponer la derogación de la Ley de Contrato de Seguro de 1980, una ley que no era suficientemente antigua para ser derogada. Mantenían que la Ley había suscitado consenso y venía funcionando razonablemente bien desde su entrada en vigor, por lo que no había serios motivos para derogarla.

Nos parecen interesantes los comentarios del Catedrático de Derecho Civil y abogado D. Juan José Marín, quien decía que debía verse como se contextualizaría una ley que hasta entonces vagaba sola” y que era “autosuficiente”. Consideraba que la Ley debía ponerse en relación con los principios generales del Libro Cuarto del Código Mercantil, lo cual suponía que coexistirían el citado Libro Cuarto y el Título I y II del Libro Cuarto del Código Civil, referidos a las obligaciones y los contratos. De este modo, se planteaban dudas acerca de la norma a aplicar a la hora de interpretar el contrato de seguro, aunque la inclusión del contrato de seguro en el Código Mercantil suponía su consideración como un contrato mercantil.³³

Otra de las críticas fue respecto al pago de los gastos de minoración por parte del asegurador en caso de siniestro, que se podían llegar a traducir en la duplicación de la suma asegurada. La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones señaló que el Anteproyecto aclaraba una cosa que ya se hacía por la Jurisprudencia, justificando que el pago de estos gastos de salvamento suponían un incentivo para evitar que el asegurado no tomara las medidas para aminorar las consecuencias del siniestro, por lo que en definitiva repercutía positivamente en la indemnización que tendría que soportar la aseguradora. Por el contrario, esto suponía que el asegurador

³³JUAN JOSÉ MARÍN, Catedrático de Derecho Civil y abogado. Jornada ‘La nueva regulación del Contrato de Seguro en el Anteproyecto de Código Mercantil’, organizada por INESE.

tendría que hacer un seguimiento más activo y no superar el plazo de 40 días para el pago a cuenta o rechazo motivado, lo que suponía trabajar con unos plazos muy ajustados.

En cuanto a la regulación de la proposición de seguro y la suscripción y emisión de la póliza, se lamentaba la flexibilización de los deberes del asegurador. Por ejemplo la presunción de la aceptación de todas las condiciones por parte del tomador transcurridos dos meses desde el pago de la prima, y la desaparición de la obligación de firmar la póliza, y de su entrega física, aunque tuviera que ser puesta a disposición del asegurado.

Finalmente, aunque en algunos aspectos se adivinaba una merma de la protección al asegurado, en otros se consideraba que había una desproporción respecto a los intereses del asegurador, siendo el ejemplo más claro la aplicación de los intereses moratorios, respecto a los que se consideraba que el texto definitivo no había tenido en cuenta regular su ajuste.

A pesar de la gran labor de estudio realizada por la Comisión de codificación durante más de siete años, el nuevo Código Mercantil no se llegó a aprobar. El día 30 de mayo de 2014 el Consejo de Ministros aprobó el Anteproyecto de Ley del Código Mercantil, y tenía previsto que tras los preceptivos informes del Consejo General del Poder Judicial, el Consejo Fiscal, la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia y el Consejo de Estado, pudiera entrar en el Congreso para su tramitación como Proyecto de Ley en octubre del 2014 y así poder aprobar la ley en el verano de 2015.

No obstante, los plazos se dilataron más de lo previsto, lo que unido a la “hiperactividad legislativa” que caracterizó el mandato de Alberto Ruiz-Gallardón, hizo que se dejara en el tintero la aprobación del nuevo Código Mercantil al disolverse las Cortes con motivo, una vez más, de la convocatoria de elecciones generales. En cambio sí tuvo mejor suerte la Ley 35/2015, de 22 de septiembre de Reforma del sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación, que consiguió ser aprobada *in extremis*.

8. Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR)

8.1. Introducción

Llegados a este punto, en el que hemos analizado algunos aspectos esenciales de la Ley de Contrato de Seguro, y comentado tanto sus reformas parciales como sus intentos fallidos de reforma integral, procede ahora abordar cuáles han sido los últimos cambios normativos introducidos por la Disposición Adicional Primera de la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR).

Pero antes de entrar a analizar los preceptos concretos de la Ley que han sido objeto de modificación, debemos referirnos brevemente a la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR).

El sector financiero y, en particular, el sector asegurador, juegan un papel esencial en la economía que ha justificado históricamente una regulación e intervención pública mayor que en otros sectores. Desde la Ley de 14 de mayo de 1908, que inició en España la ordenación del seguro privado, esta regulación se ha caracterizado históricamente por su función tutelar de los derechos de los asegurados.

Bajo la premisa de que la actividad aseguradora supone el intercambio de una prestación presente y cierta, la prima, por una prestación futura e incierta, la indemnización, se exige garantizar que cuando eventualmente se produzca el siniestro que motive el pago de la indemnización la entidad aseguradora debe estar en situación de poder hacer frente a su obligación. Ello justifica la ordenación y la supervisión de las entidades aseguradoras por los poderes públicos, para comprobar que mantienen una situación de solvencia suficiente que les permita cumplir su objeto social resulte una materia de interés público.³⁴

La razón de ser fundamental de la Ley (LOSSEAR) es recoger aquellas disposiciones de la Directiva 2009/138/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio, (en adelante Directiva Solvencia II) que requerían ser incorporadas a una norma de rango legal, al tratarse de importantes modificaciones en el esquema de supervisión de la actividad aseguradora. Solvencia II, considerado el nuevo marco europeo de supervisión basado en el riesgo para el seguro, ha dado lugar a un cambio de paradigma en la cultura de riesgo de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

³⁴Fuente: Exposición de motivos Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

Se considera que una adecuada capitalización de las entidades aseguradoras permitirá al sector resistir shocks imprevistos, y también mediante el fomento del buen gobierno corporativo y gestión de riesgos, se mejorará la protección de los consumidores de productos aseguradores. De ahí que el artículo 1 de la LOSSEAR refiere como objeto y finalidad de la misma la “regulación y supervisión de la actividad aseguradora y reaseguradora privada comprendiendo las condiciones de acceso y ejercicio y el régimen de solvencia, saneamiento y liquidación de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, con la finalidad principal de proteger los derechos de los tomadores, asegurados y beneficiarios, así como de promover la transparencia y el desarrollo adecuado de la actividad aseguradora”.

Este nuevo modelo de supervisión europeo fue lo que llevó a la necesidad de sustituir el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los seguros privados del año 2004, por una nueva Ley que integrara, (de forma similar a la refundición de normativa comunitaria llevada a cabo por la Directiva Solvencia II), las disposiciones que continúan vigentes, el nuevo sistema de solvencia, y otras normas que se ha considerado necesario introducir, teniendo en cuenta la evolución del mercado asegurador.

Por lo que atañe al presente trabajo, indicar que además de la refundición de la normativa comunitaria, la LOSSEAR incorpora en su Disposición Final I, la modificación de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro. De este modo ante la falta de aprobación del Código Mercantil, el legislador lejos de abordar una reforma global de la Ley, ha optado finalmente por introducir algunas modificaciones puntuales dejando intacto el resto, quizás a la espera de que en próximas legislaturas se apruebe una nueva Ley de Contrato de Seguro, o en su caso, vea la luz el nuevo Código Mercantil. El hecho de incluir la reforma de la Ley de Contrato de Seguro en la nueva Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia obedece principalmente al hecho que esta ley, tiene por objeto además de la regulación y supervisión de la actividad aseguradora y reaseguradora privada, la transparencia y protección de los derechos de los asegurados.

8.2. Disposición Final I: modificaciones a la Ley de Contrato de Seguro

Analizaremos a continuación cuáles han sido las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro introducidas por la Disposición Final I de la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras:

➤ La póliza y su contenido

El apartado 3º del artículo 8 queda redactado como sigue:

“La póliza del contrato deberá redactarse, a elección del tomador del seguro, en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde aquélla se formalice. Si el tomador lo solicita, deberá redactarse en otra lengua distinta, de conformidad con la Directiva 92/96, del Consejo de la Unión Europea, de 10 de noviembre de 1992. Contendrá, como mínimo, las indicaciones siguientes:

3. Naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, 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.”

El precepto establece que la póliza debe contener, entre otras indicaciones, la naturaleza del riesgo, que deberá describir de forma comprensible las garantías otorgadas, así como las exclusiones y limitaciones destacadas tipográficamente. Dicha redacción choca con el contenido del propio artículo 3, que, como es de sobra conocido, establece que son las cláusulas limitativas (y no las exclusiones que, como cláusulas de delimitación negativa del riesgo cubierto, son conceptualmente distintas) las que deben resaltarse y ser específicamente aceptadas por escrito para ser válidas. Así, con esta nueva redacción, las exclusiones también deberán destacarse tipográficamente, pero no se prevé en cambio que las mismas deban ser aceptadas específicamente por escrito, por lo que cabe plantearse si el hecho de no ser resaltadas llevará implícita la invalidez de dichas exclusiones.

➤ Agravación/Aminoración del riesgo

El artículo 11 queda redactado como sigue:

“1.El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

2.En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.”

El deber de comunicar la agravación del riesgo, esto es, la variación de una o varias circunstancias que afectan al riesgo asegurado de tal modo que la prima a pagar tendría que ser diferente, es una obligación del asegurado ya prevista en la Ley precisamente para proceder al ajuste entre el riesgo y la prima. Pero según indica la nueva redacción de este precepto, se toma como referencia para considerar que ha habido una variación, aquella información que se declaró en el cuestionario que previamente haya firmado el tomador o asegurado

Con ello se recoge la interpretación jurisprudencial, si cabe más restrictiva, que considera que las circunstancias que agravan el riesgo que deben ser comunicadas por el tomador o asegurado, deben tener como referencia la declaración inicial del riesgo. De este modo, no puede existir infracción del deber de declaración del riesgo si no ha existido cuestionario, y tampoco existirá infracción del deber de comunicar la agravación del riesgo sin tal cuestionario. Sin duda, una nueva redacción en favor de los intereses del asegurado.

Supone también una mejora para los derechos de los asegurados el apartado 2º de este artículo, que contempla la no obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo. Una práctica que ya venía siendo un criterio interpretativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, y que finalmente ha sido recogido en la norma.

➤ **Duración del contrato**

El **artículo veintidós** queda redactado como sigue:

«1. La duración del contrato será determinada en la póliza, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

2. 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.

3. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

4. Las condiciones y plazos de la oposición a la prórroga de cada parte, o su inoponibilidad, deberán destacarse en la póliza.

5. Lo dispuesto en los apartados precedentes no será de aplicación en cuanto sea incompatible con la regulación del seguro sobre la vida.»

Este es sin duda uno de los preceptos que mejores críticas y aceptación ha tenido entre los asegurados, pues reduce el plazo de oposición a la prórroga por parte del tomador de dos meses, a un mes, antes del vencimiento de la póliza. Ello conllevará la disminución de las dificultades que el tomador tenía en la práctica para ejercitar este derecho, dada la excesiva antelación con la que debía comunicarse a la aseguradora.

Este artículo contempla además como novedad una mejora en la información que recibe el tomador a efectos de ejercitar este derecho, introduciéndose un nuevo apartado, el 3º, según el cual el asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro. De esta forma, habiendo recibido el tomador esa información dos meses antes del vencimiento del contrato, dispondrá de un mes para analizar, a la vista de las modificaciones propuestas, si le conviene o no seguir con el contrato u oponerse a su prórroga. Una lanza en favor de los derechos del asegurado que veía como las compañías de forma habitual modificaban aspectos de la póliza, como sería el importe de la prima, sin previa comunicación al asegurado, lo que provocaba que el tomador desconociera dicho cambio hasta el momento en que debía pagar la anualidad del año siguiente. Cuando el tomador se daba cuenta del cambio en cuestión, normalmente con la recepción del recibo correspondiente, el contrato ya había sido tácitamente prorrogado sin haber podido el tomador ejercer su derecho de oposición a la prórroga del contrato.

No obstante, la facultad de aumentar la prima de un seguro, como cualquier modificación del contrato de seguro, era un extremo ya previsto en la ley, y requería de una serie de formalidades que debían ser cumplidas por la entidad aseguradora. El artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, establece que el contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. De este modo la modificación tendrá lugar a partir del momento en que las partes estén de acuerdo en que tal modificación se produzca. La exigencia de que la modificación se formalizara por escrito en la propia póliza o en documento complementario tenía una función probatoria de tal acuerdo.

Hubo algún sector de la Jurisprudencia que consideraba que en relación al aumento de la prima, se podían dar dos supuestos diferentes, esto es, que la modificación de la prima estuviera prevista en el contrato, determinando su importe o, al menos, los medios automáticos para su cálculo, o bien que no lo estuviera. En el primer supuesto (modificación prevista en el contrato), se consideraba que cuando se daba una modificación de la prima, se estaba ejecutando el contrato, y por tanto no requería de una nueva aceptación del tomador, quien ya había prestado su consentimiento al suscribir el seguro inicialmente. En cambio en el segundo caso (cuando la modificación de primas no estaba prevista en el contrato), esta modificación debía ser aceptada por el tomador del seguro en virtud a lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro.

En la actualidad con la modificación del art. 22 de la Ley en el supuesto de que el aumento de prima se produzca para el nuevo periodo de cobertura, la entidad aseguradora deberá comunicar al tomador del seguro el incremento con dos meses de antelación a la finalización del contrato. Si no se respeta el plazo de dos meses, la subida de primas no podrá aplicarse sin el consentimiento del tomador, y por tanto la entidad deberá respetar la prima del periodo anterior. Tampoco podrá en este caso la compañía rescindir el contrato hasta el vencimiento del período en curso.

Y finalmente, se introduce un nuevo apartado, el 4º, indicando que las condiciones y plazos de la oposición a la prórroga de cada parte, o su inoponibilidad (para seguro de decesos y dependencia) deberán destacarse en la póliza.

➤ **Seguro de decesos**

Se añade una **sección quinta**, dentro del título III denominada «Seguros de decesos y dependencia», con los siguientes artículos:

Artículo ciento seis bis.

“1. Por el seguro de decesos el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en este título y en el contrato, a prestar los servicios funerarios pactados en la póliza para el caso en que se produzca el fallecimiento del asegurado.

El exceso de la suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el asegurador corresponderá al tomador o, en su defecto, a los herederos.

2. En el supuesto de que el asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por la aseguradora, el asegurador quedará obligado a satisfacer la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.

3. En caso de concurrencia de seguros de decesos en una misma aseguradora, el asegurador estará obligado a devolver, a petición del tomador, las primas pagadas de la póliza que haya decidido anular desde que se produjo la concurrencia.

4. En caso de fallecimiento, si se hubiera producido la concurrencia de seguros de decesos en más de una aseguradora, el asegurador que no hubiera podido cumplir con su obligación de prestar el servicio funerario en los términos y condiciones previstos en el contrato, vendrá obligado al pago de la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido.

5. La oposición a la prórroga del contrato sólo podrá ser ejercida por el tomador.”

Con la adición de esta sección V, se regulan por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico los seguros de decesos y de dependencia... En este extremo sí que se ha dado continuidad a las previsiones del anteproyecto de Ley del Código Mercantil introduciendo ambos seguros de forma independiente, y creando así una nueva categoría de seguros, el de prestación de servicios, que coexistirá con los de daños y personas.

Antes de la reforma había existido un largo debate sobre si los seguros de decesos y de dependencia debían catalogarse como un seguro de daños o de personas. En esta línea algún sector de la Jurisprudencia llegó a considerar incluso que el seguro de decesos tenía semejanzas con el seguro de vida y por tanto debía catalogarse como un seguro de personas. Pero esta comparación no resultaba del todo acertada pues en puridad lo que buscaba el tomador en un seguro de decesos no era una compensación económica en caso de muerte, como sí pretende el seguro de vida, sino que la compañía le prestara el servicio de sepelio. Si el objetivo fuera percibir una compensación económica que le permitiera hacer frente al coste del servicio, entonces le bastaría la contratación de un seguro de vida en que el capital asegurado fuera igual al coste del sepelio. Pero como decimos, este no es fin del seguro de decesos ni el objetivo de quien lo contrata.

No obstante, y al margen de estos matices, la diferenciación entre el seguro de vida y el de decesos, parecía clara y no creó más controversia que la de discutir si debía incluirse en el apartado del seguro de daños o de personas.

Actualmente la situación ha cambiado y de una lectura minuciosa del precepto se desprende que la distinción entre el seguro de decesos y el de vida ya no está tan clara, o al menos, no como antes. Y es que el art. 106 bis prevé tres situaciones diferentes: a) cuando exista exceso de la suma asegurada respecto al coste del servicio, b) cuando por circunstancias ajenas a la voluntad del asegurador, éste no pueda prestar el servicio, o c) cuando haya concurrencia de seguros.

- a) En la primera situación, el exceso de suma asegurada una vez realizado el servicio, deberá devolverse al tomador, o en su defecto, a los herederos. Un inciso, el precepto no aclara si en el caso de que tomador y asegurado sean distintos, en defecto de tomador, el sobrante irá a los herederos del tomador o a los herederos del asegurado. Lo lógico es que vaya a los herederos del tomador por ser éste quien ha abonado el importe de las primas. Además, si muere el tomador, y subsiste el asegurado no tiene sentido que el sobrante fuera a los herederos del asegurado, subsistiendo éste.
- b) En la segunda situación, de no proporcionarse la prestación por cualquier causa ajena a la voluntad del asegurador (incluso por haberse realizado el servicio a través de medios distintos a los

ofrecidos por la aseguradora), el asegurador deberá abonar la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido.

El hecho novedoso de que el asegurador deba devolver, no el importe del coste del servicio, sino la suma asegurada a los herederos es lo que nos hace pensar más en un seguro de vida que en un seguro de decesos, por cuanto de no realizarse la prestación por parte de la compañía, (y no por su voluntad), ésta se verá en la obligación de devolver el total capital garantizado a los herederos del asegurado, a similitud del beneficiario que percibe el capital asegurado en un seguro de vida.

- c) En la tercera situación, cuando se da la concurrencia de seguros la Ley prevé dos situaciones: a) cuando la concurrencia se da en una misma aseguradora, en cuyo caso, deberán devolverse las primas pagadas de la póliza que se haya decidido anular desde que se produjo la concurrencia, a petición del tomador. B) cuando se da la concurrencia en más de una aseguradora, en cuyo caso, al igual que ocurría en el supuesto del apartado anterior, el asegurador que no haya cumplido con su obligación de prestar el servicio funerario deberá pagar la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido, como si de un seguro de vida se tratara.

En los casos de concurrencia de seguros nos hacemos la misma pregunta que en el apartado anterior, ¿por qué la Ley prevé la devolución del capital a los herederos del asegurado y no en cambio al tomador, cuando éste ha sido quien ha venido pagando las primas en favor del asegurado? Una posible explicación radica en que la voluntad del tomador ha sido la de asegurar a una tercera persona para que no le suponga ningún coste el sepelio, y si esto se cumple, sea por el medio que sea, no debe esperar el tomador verse resarcido con el capital garantizado. No obstante, consideramos que sí podría haberse previsto como mejor solución la de devolver en su caso las primas pagadas al tomador, y el resto, hasta el capital garantizado, a los herederos del asegurado.

Y para acabar con el análisis de este artículo, el último apartado regula que en el seguro de decesos la oposición a la prórroga sólo podrá ser ejercitada por el tomador, pero no por el asegurador. Ello no supone ni obsta que el asegurador pueda ejercer sus derechos de resolución del contrato en caso de impago de la prima por parte del tomador.

➤ **Seguro de dependencia**

Artículo ciento seis ter

A destacar el último párrafo:

4. La oposición a la prórroga del contrato sólo podrá ser ejercida por el tomador.”

El precepto al igual que en el seguro de decesos establece que la oposición a la prórroga del contrato sólo podrá ser ejercida por el tomador, salvando los supuestos, al igual que ocurre en el seguro de decesos de resolución contractual por otras causas previstas por la ley.

Finalmente el **art. ciento seis quáter**, prevé que en los seguros de asistencia sanitaria, dependencia y de decesos, las entidades aseguradoras garantizarán a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato. En estos casos la entidad aseguradora deberá poner a disposición del asegurado, de forma fácilmente accesible, una relación de prestadores de servicios que garantice una efectiva libertad de elección, salvo en aquellos contratos en los que expresamente se prevea un único prestador.

En resumen, las modificaciones introducidas por la LOSSEAR a la ley de Contrato de Seguro si bien eran necesarias, están lejos de la reforma pretendida tanto en el Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro de 2011, como en el Anteproyecto de Ley del Código de Comercio, que abogaban por una reforma más exhaustiva del articulado de la Ley.

No se aclaran muchos de los preceptos que como hemos visto en capítulos anteriores continúan suscitando muchas y diferentes interpretaciones por parte de la Jurisprudencia, lo que al final se traduce en un cierto grado de inseguridad jurídica, que en nada contribuye al objetivo de proteger al consumidor, que al fin y al cabo constituye la esencia de la nueva LOSSEAR. Debería haberse aprovechado la ocasión para modificar preceptos claramente obsoletos y respecto de cuya necesaria modificación existe un consenso bastante generalizado en el sector, como, por ejemplo, los artículos 3 y 20 de la Ley (respecto de este último artículo, el Grupo Parlamentario Catalán propuso en el Congreso -Enmienda nº 41- la incorporación a la Ley de Contrato de Seguro una redacción similar a la del artículo 581-19 (que excluía el interés moratorio del 20%) del Anteproyecto de Código Mercantil, pero dicha enmienda fue rechazada.

En definitiva, se ha optado claramente por una reforma muy puntual de la Ley, a la espera quizás de que se aborde su reforma global en la próxima legislatura, ya sea a través de un nuevo Código Mercantil o mediante un nuevo proyecto independiente.

8.3. El deber de información al tomador. Artículos 96 de la LOSSEAR, y 122-126 del ROSSEAR

Tanto la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras como el Reglamento, regulan uno de los aspectos que mayor transparencia y protección jurídica ofrecen al asegurado: el deber de información. La conveniencia de dedicar un apartado

al deber de información, obedece a que el mismo está estrechamente ligado con el contrato de seguro, toda vez que la información que se regula en ambas normas deberá facilitarse al asegurado en la póliza de seguro o en documento afín con carácter previo a la firma del contrato.

Dicho deber de información se desarrolla en los arts. 96 de la Ley, y en los arts. 25 y 122a 126 del Reglamento (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.)

El art. 96 de la Ley, viene a transponer el contenido de los artículos 183 y siguientes de la Directiva de Solvencia II. Parte de la transposición ya se había efectuado en el artículo 60 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (LOSSP), de mano de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía sostenible y, posteriormente, por la Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración y deuda y alquiler social. No obstante el legislador ha querido en esta ocasión incluir el contenido actualizado en la LOSSEAR, de modo que su regulación en la LOSSP ha quedado derogada a partir del 1 de enero del año 2016.

Por su parte el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (ROSSEAR), desarrolla las premisas del artículo 96, y complementa la transposición de la Directiva de Solvencia II en cuanto a aquellos preceptos cuya trasposición no requiere de rango legal. Un reglamento que ha sustituido a la anterior regulación reglamentaria de 1998, (ROSSP), aunque muchos de los las disposiciones del anterior reglamento se conserven en este Real Decreto, por resultar plenamente aplicables a la realidad actual.

Tanto la ley como el reglamento, agrupan un conjunto de medidas que aunque se desarrollen en distintos momentos y con distinto carácter comparten un común denominador: Proteger al asegurado en sus relaciones con las entidades aseguradoras. Ahora bien, siendo este el objetivo principal, es posible que en algunos casos un exceso de información genere aún mayor confusión al asegurado, incluso que se encuentre abrumado por la cantidad de datos que se le presenten y le cueste asimilarlos. Por ello las compañías han de realizar un importante esfuerzo al presentar los datos de una forma atractiva, clara y de fácil lectura, en aras a que la información facilitada sea entendible y se cumpla con el objetivo primordial de transparencia, generando al asegurado confianza con el producto que contrata.

Las exigencias de información las podemos dividir en dos grandes grupos: la información general (prácticamente común a todos los tipos de seguro) y la información especial (que debe suministrarse únicamente en determinados casos).

El art. 96.1 de la Ley regula el deber general de información al tomador de seguro, e indica que la entidad aseguradora deberá informar por escrito al

tomador “sobre el Estado miembro y la autoridad a los que corresponde el control de la actividad de la propia entidad aseguradora, extremo que deberá, asimismo, figurar en la póliza y en cualquier otro documento en que se formalice todo contrato de seguro. Asimismo se deberá suministrar al tomador toda la información establecida en el reglamento de desarrollo de la Ley”.

Asaltaba la duda respecto a si la información que se establecería en el ROSSEAR debería o no entregarse también por escrito e incluirse en la póliza y documentos anejos, lo cual ha sido aclarado en sentido positivo por el artículo 122 del Reglamento, que indica que “la información previa a entregar a los tomadores y/o asegurados deberá contener una referencia concreta al informe sobre la situación financiera y de solvencia del asegurador y deberá figurar en la póliza o en el documento de cobertura provisional de forma clara y precisa”.

El art. 25 del ROSSEAR que desarrolla el artículo 96 exige que las entidades aseguradoras españolas en régimen de derecho de establecimiento o de libre prestación de servicios en la Unión Europea informen al tomador sobre el Estado del domicilio social de la entidad (esto es, España) o, si es el caso, informar del Estado de la sucursal contratante. Esta exigencia se aplica también a las entidades aseguradoras de otros países de la UE que actúen en España.

El art. 96.2 de la Ley indica que “antes de celebrar un contrato de seguro distinto al seguro de vida, si el tomador es una persona física, o cualquier contrato de seguro de vida, la entidad aseguradora deberá informar por escrito al tomador sobre la legislación aplicable al contrato, sobre las disposiciones relativas a las reclamaciones que puedan formularse y sobre los demás extremos que se determinen reglamentariamente”.

De hecho la exigencia de información relativa a la legislación aplicable ha resultado suavizada por el legislador nacional, pues la Directiva de Solvencia II prevé dos escenarios distintos: el primero, que las partes no tengan libertad de elección de la ley aplicable, y el segundo, que las partes sí tengan dicha libertad, en cuyo caso el asegurador propone (que no impone) la ley aplicable.

A tenor del contenido de este artículo parece extraerse que el legislador nacional sólo prevé un escenario: la imposición motu proprio de la ley aplicable por parte de la compañía aseguradora, la cual únicamente tendrá que informar al tomador de su elección. Yerra la redacción de este artículo, si la intención del legislador es que la compañía informe al tomador de la existencia o no de la libertad de elección y de uno u otro escenario, según el caso, como sí parece pretender el legislador europeo. Ante esta falta de claridad de la Ley, el art. 122 del Reglamento aclara que la entidad aseguradora deberá proponer y no imponer la ley aplicable.

Respecto a la información a entregar a los asegurados con carácter obligatorio, destaca la introducción de una regulación exhaustiva sobre la

información que se debe entregar con anterioridad a la firma del boletín de adhesión en los seguros colectivos o de grupo, que debe contener toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados. Esta regulación se contenía anteriormente en el artículo 105 ROSSP, pero ha sido matizada debidamente teniendo en cuenta las nuevas normas sobre los seguros colectivos del ROSSEAR y de la LOSSEAR.

Por otro lado, el Reglamento, al igual que la Ley, contiene una situación controvertida. El artículo 122.2 ROSSEAR excluye de la obligación de dar información a las personas jurídicas cuando se trate de contratos de seguro distintos del seguro de vida, a diferencia de lo que sucede en los contratos de seguro de vida. Es cierto que los seguros de vida, por su complejidad, pueden requerir de una mayor protección del tomador respecto a los seguros de no vida. Sin embargo, también es cierto que la contratación del seguro por parte de una persona jurídica se realiza al fin y al cabo por una persona física. La controversia gira en torno a si esa persona física, el tomador (representante de la empresa) debería o no ser tratada en términos igualitarios en unos y otros seguros. Es cierto que las contrataciones de seguros en las grandes empresas suelen realizarse a través de algún bróker o especialista y en estos casos la exclusión y diferenciación que hace la norma sí está justificada. Pero también es posible que la contratación del seguro se realice por un tomador inexperto, como podría ser el dueño de un pequeño restaurante que actúa a través de una persona jurídica, en cuyo caso la exclusión de la norma carece de sentido. Y ello porque si ese mismo dueño contratase el seguro por su propia cuenta, sin mediar a través de una persona jurídica, estaría más informado. Así, lo más apropiado sería tener en cuenta otras circunstancias más allá de la naturaleza de la persona en cuestión.

El art. 96.3de la Ley establece que en los seguros de vida en que el tomador asume el riesgo de la inversión se informará de forma clara y precisa 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. En aquellas modalidades de seguro de vida en las que el tomador o asuma el riesgo de la inversión se informará de la rentabilidad esperada de la operación considerando todos los costes. Las modalidades a las que resulta aplicable así como la metodología de cálculo de la rentabilidad esperada se determinarán reglamentariamente.

Dicho apartado prevé respecto a los seguros unit-linked que deberá informarse de forma clara y precisa de que los rendimientos dependen de fluctuaciones en los mercados financieros, ajenos al control del asegurador y cuyos resultados históricos no son indicadores de resultados futuros. En los demás seguros de vida se informará de la rentabilidad esperada de la operación considerando todos los costes, bajo los términos metodológicos que se establezcan reglamentariamente.

Cuestión adicional es la relativa a si la información que se requiere de este apartado tercero debe suministrarse de forma precontractual, contractual o durante la vigencia del contrato. La lógica nos lleva a pensar que la

información debe facilitarse de forma precontractual, pues sólo así cobra sentido la intención proteccionista que el legislador pretende para con el tomador.³⁵

Debemos apuntar una novedad que afecta a los seguros de vida con finalidad de ahorro desde el día 5 de febrero de 2016. A estos seguros deberá suministrarse también el llamado “semáforo de riesgo” conforme a la Orden ECC/2316/2015 de 4 de noviembre relativa a las obligaciones de información y clasificación de productos financieros. Esta orden protegerá al pequeño inversor y va destinada a garantizar que los particulares conozcan los riesgos asumidos fijando una clasificación de productos mediante una escala de seis colores, conocidos como semáforos, o de números del 1 al 6. Las entidades serán las que realicen la clasificación, cuya información deberá entregarse al cliente antes de la comercialización. El sistema de semáforos o números alertará sobre el riesgo de depósitos, bonos, acciones, seguros y planes de pensiones, mientras que no estarán incluidos los fondos de inversión ni la deuda pública nacional, de las comunidades autónomas y de los socios de la UE.

Finalmente en los seguros con participación en beneficios, el art. 124 del Reglamento determina que se informará anualmente al tomador de la situación de sus derechos, incorporando la participación en los beneficios, así como de las desviaciones entre la evolución efectiva y los datos iniciales (si se suministró evolución potencial). También se informará sobre el modelo de cálculo del que resulte el pago potencial al vencimiento si el primero facilitó cifras relativas al importe de tales pagos potenciales, avisando también de que se tratan de resultados hipotéticos. Es desde luego una forma muy clara de evitar falsas expectativas a los asegurados, aunque deberá verse si toda esta información será fácilmente descifrable por los clientes en la práctica.

El **art. 96.4** de la Ley indica que antes de la celebración de un contrato de seguro de decesos o seguro de enfermedad, en cualquiera de sus modalidades de cobertura, la entidad aseguradora deberá informar por escrito al tomador del seguro 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.

El art. 125 del Reglamento detalla que la información consistirá en la modalidad del seguro, método de cálculo de prima, identificación de factores de riesgo, cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta que asegurado alcance los 90 años (especificando el detalle de la evolución de las primas anuales a partir de la edad del asegurado), y detalle de la evolución de los capitales asegurados. Y también se dará información relativa a las condiciones de resolución del contrato y límite y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador.

³⁵JESÚS ALMARCHA JAIME. “El Tribunal Supremo pone coto al oportunismo del inversor en los seguros de vida *unit-linked*” Centro de Estudios de Consumo. Fecha de publicación: 9 de septiembre de 2015y 11 febrero de 2016.

Se ha eliminado la necesidad de informar sobre "los supuestos de renuncia, por parte de la entidad aseguradora, a oponerse a la renovación de la póliza a su vencimiento" que contemplaba el artículo 105 bis del ROSSP.

Una de las novedades de la Ley respecto al deber de información la encontramos en el ámbito del seguro de enfermedad, donde adicionalmente se informará sobre los factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las renovaciones, de las garantías accesorias opcionales y su importe, de las condiciones de resolución del contrato y renuncia a la oposición a la prórroga por parte del asegurador, de la existencia o no de la posibilidad de rehabilitación de la póliza y las normas que la rigen, y límites y condiciones sobre la libertad de elección del prestador así como sobre las actualizaciones de los capitales asegurados y de las modificaciones en los cuadros médicos.

Finalmente el art. 96.5 de la Ley establece que durante todo el período de vigencia del contrato de seguro sobre la vida, la entidad aseguradora deberá informar al tomador de las modificaciones de la información inicialmente suministrada y, asimismo, sobre la situación de su participación en beneficios.

Y el artículo 96.6 de la Ley regula expresamente que a las personas con discapacidad toda esta información deberá facilitarse en formatos y canales adecuados de tal forma que puedan entender el contenido en igualdad de condiciones y sin discriminación, de forma accesible. Este apartado que no existía con anterioridad, debe su inclusión a la propuesta nº 2 del Anteproyecto de Ley de Seguro que el Comité Español de representantes de Personas con Discapacidad presentó como enmienda en el proceso de tramitación parlamentaria en representación del sector social de la discapacidad y que ha sido extrapolada a esta norma por el legislador.

9. Hacia una regulación común del contrato de seguro en Europa

9.1. Introducción

En este capítulo se plantea una reflexión sobre la necesidad de afrontar una regulación común a nivel europeo del contrato de seguro, y se analiza también la evolución que se observa en el derecho europeo en la protección al asegurado. Lo cierto es que cada vez más estamos influenciados por las decisiones que nos vienen del legislador europeo, ya sea a través de Directivas o Recomendaciones, obligando en cierto modo a los estados miembros a legislar en una misma dirección. El legislador español ha cumplido en gran medida con las directrices europeas y aunque en ocasiones no ha actuado con la rapidez que el legislador europeo exigía, ha traspuesto en gran medida al ordenamiento español las recomendaciones comunitarias. Prueba de ello es precisamente la reciente aprobación de la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR) donde podemos ver que el legislador español ha seguido los criterios del regulador europeo, que persigue y tiene como objetivo garantizar la estabilidad financiera y mejorar la protección del consumidor en el mercado de seguros.

La Directiva de Solvencia II ha supuesto un notable ejercicio de armonización con la pretensión de facilitar el acceso y ejercicio de la actividad aseguradora y reaseguradora en la Unión Europea, mediante la eliminación de las diferencias más importantes entre las legislaciones de los Estados miembros persiguiendo el establecimiento de un marco legal dentro del cual las entidades aseguradoras y reaseguradoras puedan operar en un único mercado interior. Es por esto que, siendo uno de los fines del legislador europeo la armonización de criterios entre los estados miembros con el fin de proteger al asegurado, no sería descabellado impulsar con mayor fuerza la aprobación de una legislación europea referida al contrato de seguro. Es decir ampliar la armonización de criterios de los estados miembros más allá de la función estrictamente supervisora de las entidades aseguradoras, llevándolo al ámbito privado o contractual, lo que contribuiría a lograr un pleno y a la vez armónico mercado único asegurador.

El primer impulso de las instituciones europeas para la armonización del derecho privado en general en los estados miembros, viene dado por la Resolución del Parlamento Europeo de 26.05.1989 en que se instaba a los Estados miembros a iniciar los trabajos necesarios para la preparación de un Código Europeo de derecho Privado común.

No obstante con anterioridad ya habían existido diferentes iniciativas académicas partidarias de una armonización y unificación paulatina, del derecho contractual: La denominada "Comission of European Contract Law", del grupo de trabajo presidido por el profesor Ole Lando –conocida por eso también como Comisión Lando-, que se creó en Bruselas en 1980 con el objetivo de estudiar y formular un conjunto de Principios de derecho

contractual europeo, para que sirvieran de base en la elaboración de un futuro Código Europeo de contratos. La comisión, que constituyó un hito muy importante en este camino, estaba integrada por un grupo de expertos académicos de todas las jurisdicciones de la UE, y de Noruega y Suiza, que, concluyeron su trabajo con la publicación de los Principles of European Contract Law (PECL).³⁶

Los PECL pretendían ser una infraestructura para las propias leyes comunitarias sobre la que construir medidas más específicas de armonización y de integración jurídica europea, y para cualquier futuro Código europeo de contratos. Pretendían también estar a disposición de los legisladores y tribunales de la Comunidad y de sus Estados miembros, con la finalidad de solventar y dar soluciones uniformes a los distintos problemas que se plantean en el Derecho de contratos.

Más recientemente, el once de octubre de 2011 la Comisión Europea lanzó una propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo, mediante la cual se pretende establecer una normativa común de compraventa europea (en adelante CESL). La propuesta representaba la intervención legislativa europea más importante que ha aparecido hasta ahora en el ámbito del Derecho de contratos. En cuanto a dicho contenido, era la primera vez que el legislador europeo apostaba por proponer una regulación uniforme para el contrato de compraventa, que cubriera su completo ciclo de vida. En esta ocasión el legislador europeo propuso una regulación completa, que alcanzaba incluso al núcleo más nacional del Derecho de contratos, donde quedan comprendidas, por ejemplo, las cuestiones relacionadas con la validez del contrato, los vicios del consentimiento o la prescripción.³⁷

En lo que al contrato de seguro se refiere el panorama es bien distinto: El Mercado Único Europeo permite ampliar las posibilidades de cobertura de riesgos con aseguradores de otros países, del mismo modo que permite a los mediadores ejercer su actividad en todo el territorio de la Unión. Sin embargo, la armonización de las regulaciones de la actividad aseguradora y de mediación no se ha visto acompañada por una aproximación de las legislaciones sobre contrato de seguro. Mientras no se genere un consenso entre los Estados miembros que permita una armonización avanzada o incluso la unificación de los derechos nacionales del contrato de seguro, cosa que podría incluso repercutir en el modelo de protección del tomador de seguros en el plano conflictual, no podrá decirse propiamente que el mercado interior del seguro esté concluso.

Los ciudadanos de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo que quieran contraer un contrato de seguro sobre un riesgo en masa deberán

³⁶JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ BUENDÍA. "Utilización de los principios de derecho europeo de contratos por los tribunales españoles". Universitat Autònoma de Barcelona, 2014201.

³⁷FERNANDO ESTEBAN DE LA ROSA. "La aplicación de la Normativa Común de Compraventa Europea (CESL) a los contratos de consumo". Indret Revista para el análisis del Derecho. Enero 2013.

contar hasta entonces, por ejemplo, con que el asegurador al que se dirijan no quiera contratar con ellos si ello supone la aplicación de un derecho extranjero.

Al respecto, una de las grandes dificultades con las que tropieza el mercado asegurador a nivel europeo, es la ineficiencia que generan las distintas y dispares normativas que a nivel contractual existen entre los distintos miembros de la Unión Europea. La regulación del contrato de seguro ciertamente tiene puntos en común entre las diferentes normativas pero todavía son muchos los apartados que distorsionan y que adoptan soluciones radicalmente distintas. Por lo expuesto la unificación del derecho privado europeo se antoja bastante difícil pues si muchas veces no somos capaces de dotarnos a nivel interno de una única normativa menor lo será a nivel europeo.³⁸

9.2. La Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguros

Aunque los esfuerzos por conseguir una regulación común europea en materia de contrato de seguro no han tenido hasta la fecha el éxito esperado no podemos decir lo mismo en el ámbito de la mediación de seguros donde sí encontramos un ejemplo de armonización entre las legislaciones europeas. La Directiva sobre Distribución de Seguros que entró en vigor el 23 de febrero de 2016 tiene como objetivos principales aumentar la protección del consumidor, garantizar la igualdad de trato entre los distintos operadores así como garantizar el mismo nivel de protección al consumidor, independientemente del canal que haya elegido para adquirir sus productos de seguros.

Pese a ese mayor grado de armonización, el encaje de mercados a nivel europeo se antoja complicado al verse necesariamente afectado no sólo por la inexistencia de una normativa unificada de contrato de seguro sino también por las diferencias en materia de fiscalidad.

Por otra parte, hay una cierta unanimidad a la hora de considerar que la Directiva representará una mayor carga de trabajo a todos los distribuidores de seguros, ya que el notorio incremento de información al consumidor previsto por la norma acarreará inevitablemente nuevas cargas administrativas que no todos los distribuidores podrán abordar con su actual estructura empresarial. La adaptación a las nuevas exigencias de la Directiva a nivel de entrega de información, gobernanza y procesos de aprobación y diseño de productos afectará especialmente a los distribuidores que operen en vida.

³⁸MILAGROS SANZ PADILLA. "La regulación del contrato de seguro. Bases para su reforma".

Los Estados miembros tienen un plazo de dos años a partir de la fecha de entrada en vigor para su transposición al Derecho nacional, por lo que tendrá que estar totalmente integrada en nuestro ordenamiento en febrero de 2018, con la más que previsible creación de una nueva Ley de Mediación

En cualquier caso, la Directiva se ha planteado finalmente como una normativa de mínimos dejando a los Estados miembros, con lo que el legislador nacional dispondrá de suficiente margen de adaptación a la realidad de su propio mercado. Y podrá, si así lo estima oportuno, incrementar las exigencias de la propia Directiva en la medida en que sus disposiciones resulten compatibles con el Derecho de la Unión.

10. La protección del asegurado en la normativa de seguros

10.1. La protección del asegurado en la Ley de Contrato de Seguro

La protección de los intereses de los consumidores y usuarios viene recogida en el art. 51 de nuestra carta magna. Así la Constitución Española de 1978 indica en el art. 51 que “Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.”

Ya hemos visto que la Ley de Contrato de Seguro de 1980 fue precursora en la normativa de protección al consumidor, no ya solo nacional, sino europea y que la necesidad de protección al asegurado surge de la propia condición del contrato de seguro, considerado como un contrato de adhesión que se celebra sobre la base de unas condiciones generales y particulares predispuestas por el asegurador a las que el tomador se adhiere (art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro).

Consciente de ello el legislador español tuvo en cuenta este extremo en la elaboración de la Ley de Contrato de Seguro y otorgó una serie de medidas tendentes a corregir esa desigualdad y evitar abusos graves por parte de las aseguradoras en el ámbito contractual, pudiendo entenderse esta protección como una temprana manifestación de lo que posteriormente sería la protección legal de los consumidores.

Por aquel entonces los consumidores ya iban gozando de reconocimiento como sector y ejercían presión sobre el legislador exigiendo medidas e instrumentos que les sirvieran para hacer valer sus derechos frente a las grandes corporaciones. El mecanismo empleado por la mayoría de los países fue utilizar en las normativas de consumo la declaración de imperatividad.

En la Ley de Contrato de Seguro, la imperatividad de la norma se regula en el art. 2, con carácter de mandato, estableciendo que los preceptos contenidos en la Ley tienen carácter imperativo, a no ser que en ellos se disponga otra cosa, y precisando al final un límite: que se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

La protección del asegurado en la Ley de Contrato de Seguro se refleja también en los preceptos que regulan las consecuencias de la infracción de las normas imperativas. El propio art. 3 de la Ley prevé que declarada por el Tribunal Supremo 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, todo ello para proteger así a los consumidores que pudieran ser a su

vez igualmente afectados. Ya vimos en el capítulo IV que el Tribunal Supremo dictó el 1 de julio de 2010 una sentencia por la que se extendían los efectos de nulidad de unas cláusulas a todas las compañías. En definitiva las condiciones generales del contrato cuentan asimismo con la vigilancia de la administración pública.

10.2. La tutela jurídica del consumidor en la LOSSEAR

La labor proteccionista de los derechos del asegurado ha sido también contemplada en la normativa de Ordenación y supervisión cuyo principal objetivo es cumplir con los mandatos de Solvencia II, esto es garantizar la estabilidad financiera y mejorar la protección del consumidor en el mercado de seguros. Desde la Ley de 14 de mayo de 1908, que inició en España la ordenación del seguro privado, esta regulación se ha caracterizado históricamente por su función tutelar de los tomadores, asegurados, beneficiarios y terceros perjudicados de contratos de seguro privado.

La actividad aseguradora supone el intercambio de una prestación presente y cierta, la prima, por una prestación futura e incierta, la indemnización. Esta situación exige garantizar que cuando eventualmente se produzca el siniestro que motive el pago de la indemnización la entidad aseguradora estará en situación de poder hacer frente a su obligación. Ello justifica que la ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras por los poderes públicos resulte una materia de interés público, para comprobar que mantienen una situación de solvencia suficiente que les permita cumplir su objeto social.³⁹

Tal era el nivel de supervisión, que en la anterior Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de 2004, se preveían sanciones por la imposición en el contrato de seguro de cláusulas contrarias a las normas imperativas de la Ley de Contrato de Seguro, por constituir faltas que podían ser consideradas tanto graves como leves, dependiendo del caso. La vigente ley de Supervisión y Solvencia (LOSSEAR) no contempla sanciones por la contravención de dichas normas.

La medida protectora por excelencia en la LOSSEAR la encontramos en el deber de información: Una correcta información hacia el asegurado en el momento de la contratación de la póliza garantizara que éste conozca en todo momento lo que contrata y su alcance, evitándose así situaciones de desventaja respecto al ente asegurador. Por ello la LOSSEAR regula todo un elenco de información que como hemos visto en el capítulo anterior deberá entregarse al asegurado con carácter previo a la contratación, y en algunos casos, durante la vigencia del contrato.

Otro ejemplo de protección del asegurado en la normativa de seguros viene representado por la existencia de vías de reclamación específicas de que

³⁹Fuente: Exposición de Motivos de la LOSSEAR.

disponen los asegurados. La constatación de la situación de inferioridad real que suelen tener los asegurados cuando surge un conflicto con las aseguradoras lleva a establecer normas especiales para la solución de la situación de conflicto.

Haciendo un retroceso al capítulo VII, cuando hablábamos del anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro, es de resaltar que dicho anteproyecto contemplaba un extra de protección a los derechos del asegurado más que la actual Ley, pues por ejemplo se contemplaba que la póliza contuviera únicamente las condiciones generales y particulares que fueran aplicables al contrato, también el hecho que la ley remitía como normativa básica aplicable al contrato de seguro las normas sobre Condiciones Generales de la Contratación. Asimismo se contemplaba que las cláusulas contenidas en las condiciones generales de contratación que fueran calificadas como abusivas por la normativa en materia de protección a los consumidores serían automáticamente declaradas nulas.

Asimismo el anteproyecto contemplaba el deber de información a facilitar al tomador con carácter previo al contrato, incluyéndose un anexo con toda la información a semejanza de la regulación que en la actualidad existe en la LOSSEAR y el ROSSEAR. En definitiva una serie de beneficios que no existen en la normativa actual, que quizás en un futuro próximo si se aprueba una nueva ley de contrato de seguro, se lleguen a incluir.⁴⁰

10.3. La protección del asegurado como un consumidor

La labor proteccionista del asegurado que emana de la Ley del Contrato de Seguro, no la podemos desvincular de la protección al consumidor que realiza la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y otras leyes complementarias (en adelante el TRLGDCU), pues esta es la piedra angular de la normativa vigente protectora de los consumidores aplicable a cualquier tipo de contrato en el que este conjunto intervenga, incluido el asegurador.

No obstante ello, encontramos algunas diferencias entre la normativa del contrato de seguro y la normativa de consumo: a saber, en la legislación de Seguros lo que se pretende es proteger al sector del seguro en su conjunto, es decir, ofrecer una regulación adecuada a su desarrollo ante la insuficiencia y deficiencia de la contenida en el Código Civil y en el Código de Comercio. En cambio el derecho de consumo aspira a dotar a los consumidores y usuarios de los instrumentos legales suficientes para su defensa y protección como tales. La legislación de consumo, debido a su finalidad tuitiva, no puede extenderse a cualquier asegurado ya que, en ocasiones, éste no reúne los requisitos establecidos expresamente por el legislador en la normativa del consumidor (por ejemplo, grandes riesgos).⁴¹

⁴⁰ALBERTO J. TAPIA HERMIDA. "Las reformas legales en curso. Perspectivas y retos para los asegurados.

⁴¹MARÍA GÓMEZ SANTOS. La protección del asegurado como consumidor. Centro de Estudios de Consumo. Noviembre 2015.

Además así como el derecho de consumo define muy bien en el art. 3 del TRLGDCU quienes tienen la consideración de consumidores(son consumidores o usuarios las personas físicas que actúen con un propósito ajeno a su actividad comercial, empresarial, oficio o profesión),no podemos decir lo mismo de la Ley de Contrato de Seguro que adolece de una definición clara y agrupada de las distintas partes del contrato así como de las posibles terceras partes que puedan intervenir de forma eventual en la relación asegurativa. En la Ley de Contrato de Seguro, el artículo 7 parece que define al asegurado como aquella persona expuesta al riesgo protegido por el contrato de seguro, pudiendo ser o no a la vez tomador y sin que exista la necesidad de que sea determinado, habiendo de ser en todo caso al menos determinable.

Pero desde el prisma de la normativa de consumo no nos podemos referir al asegurado única y exclusivamente como la persona expuesta al riesgo, sino que debe ampliarse el concepto y amparar también a quien contrata los servicios de cobertura de riesgos y, eventualmente, a quienes perciben las prestaciones indemnizatorias que proporcionan las entidades aseguradoras.

Por ello habrá que incluir en el concepto de consumidor de seguros tanto al que contrata la póliza (el tomador del seguro), como al asegurado (el del art. 7 LCS) e incluso, al tercer beneficiario (en los casos de seguros de personas) o al perjudicado (acreedores en seguros de responsabilidad civil) pues todos ellos son consumidores de seguros en sentido material ya que utilizan o disfrutan el servicio de cobertura de riesgos.

También es de importancia en la protección de los derechos del asegurado, la Ley 7/1998, de 13 de abril, sobre Condiciones Generales de la Contratación. Esta Ley, anterior a la normativa de Consumidores tiene como objetivo proteger los legítimos intereses de los consumidores y usuarios, pero también de cualquier otro que contrate utilizando condiciones generales en su actividad contractual. Así pues, el ámbito de aplicación subjetiva de la Ley de Consumo y de la de Condiciones Generales no coincide siempre. Mientras la primera norma se refiere exclusivamente a los consumidores (definidos como tal en su art. 3), la Ley de Condiciones Generales de la Contratación se aplica a todos aquellos contratos en los que existan condiciones generales celebradas entre un profesional (predisponente) y cualquier persona física o jurídica, el adherente (art. 2.1 de la LCGC).

En definitiva, podemos deducir que si bien prácticamente todos los contratos de seguro celebrados entre el asegurador y el asegurado son contratos circunscritos a la Ley de Condiciones Generales de Contratación no todos los contratos entre el asegurador y asegurado son de consumo, quedando fuera por tanto de la tutela de la Ley General para la Defensa de los Consumidores.

11. Cómo afrontar las exigencias normativas de transparencia y protección del asegurado

11.1. Introducción

De un tiempo a esta parte se han aprobado normas legislativas y Directivas comunitarias en el ámbito asegurador, con un denominador común: fomentar la transparencia y la protección del asegurado. A lo largo de este trabajo hemos dado pinceladas sobre algunas de ellas, como la Directiva sobre Distribución de Seguros (IDD), la Ley 35/2015 de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, y como no la LOSSEAR. Ante este panorama normativo que como decimos ejemplifica la tendencia hacia una mayor protección del asegurado, las aseguradoras deben estar a la altura y adaptarse a las nuevas tendencias.

En este capítulo veremos cuáles son los puntos clave que las aseguradoras deben tener en cuenta para ir en la misma dirección de la normativa aseguradora, centrándonos más en el ámbito jurídico-privado de protección al asegurado, y no tanto en el ámbito de la ordenación y supervisión cuyo contenido se desvía del objeto de este trabajo.

11.2. Las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro. La adaptación de condicionados

Ante cualquier reforma normativa que afecte al condicionado de la póliza (como es el caso de la reciente reforma de la Ley de Contrato de Seguro), y con carácter previo a la adaptación de condicionados y documentación afín, es conveniente seguir una serie de pasos o protocolos:

➤ 11.2.1. Entrada en vigor de la ley, y régimen transitorio

El primero de los puntos relevantes a tener en cuenta es la entrada en vigor de los cambios normativos, es decir, cuándo podrá el asegurado exigir los derechos que le concede la ley. Al respecto la Ley establece dos períodos distintos: unos plazos para adaptar las pólizas y otro para que los preceptos con carácter imperativo tengan aplicación directa. La disposición transitoria 13^a de la LOSSEAR, establece el régimen transitorio de las modificaciones de modo que las aseguradoras tendrán un plazo de 6 meses para adaptar las pólizas que se vayan a comercializar a partir de la entrada en vigor. Transcurrido el plazo de 6 meses y dentro del plazo máximo de 1 año, las aseguradoras adaptarán a su renovación los contratos vigentes. Pero matiza la disposición 13^o que "serán de aplicación directa aquellos preceptos que tengan carácter imperativo desde la entrada en vigor de esta Ley". Aunque no se dice de forma expresa y es

técnicamente incorrecta la salvedad, pues todos los artículos de la Ley tienen carácter imperativo, se considera que esta previsión viene referida a las modificaciones de los artículos 8, 11, y 22 de la Ley de Contrato de Seguro.

Ello supone que aun no estando adaptadas las pólizas a nivel documental, las citadas modificaciones habían de aplicarse en todo caso desde el 1 de enero de 2016.

➤ **11.2.2. La labor del Compliance Officer**

Cada vez va tomando más fuerza la figura del Compliance Officer o persona responsable de supervisar y gestionar todas las cuestiones relacionadas con el cumplimiento normativo. Sus principales funciones son la identificación de riesgos, el análisis de cambios estatutarios y reguladores, la implantación de medidas preventivas y correctivas, la impartición de formación a directivos y a la plantilla para que conozcan y apliquen todas las normas, y revisen periódicamente la actualización de los procedimientos.

Por ello también deberá el Compliance Officer, respecto de la reforma de la Ley de Contrato de Seguro que aquí nos ocupa, encargarse de instaurar los protocolos de actuación necesarios para asegurar el cumplimiento de los cambios en los plazos establecidos, evitando con ello eventuales sanciones. Su labor se iniciará con el estudio del texto normativo y el alcance de las modificaciones para después determinar los ámbitos en que dicha modificación tendrá una mayor incidencia. En esta fase se analizará asimismo qué áreas o departamentos pueden verse afectados por la reforma y qué necesidades conllevará la adaptación a la nueva ley (modificación de clausulados, formación a la plantilla y mediadores, etc.).

➤ **11.2.3. La revisión de condicionados y la adaptación de las pólizas**

La adaptación de los condicionados de las pólizas deberá hacerse en aquellos ramos en que la modificación tenga incidencia. Resaltamos la modificación del art. 22 que afectará casi a la totalidad de las pólizas, excepto a los grandes riesgos

En segundo lugar, un menester más laborioso será la adaptación de las pólizas ya existentes, que llevará cierto tiempo considerando el volumen de pólizas que las compañías tienen en cartera. Los sistemas para hacerlo variaran dependiendo de la compañía, desde la confección de duplicados de póliza (lo más costoso), hasta la confección de una carta informativa o anexo con el contenido de la modificación. En este caso tanto la cláusula que regula el plazo de preaviso para no prorrogar la póliza, como las modificaciones tipográficas derivadas de las nuevas exigencias del artículo 8 serán las que afectarán a un mayor número de pólizas.

➤ **11.2.4. Formación. Desde los departamentos técnicos hasta la red de distribución**

La formación será necesaria para aquellos departamentos que puedan verse afectados con el contenido de la reforma. Desde los departamentos de carácter técnico hasta la red de distribución, pasando por el servicio de *call center* deberían pasar por un periodo de formación que les permita conocer el abasto de la reforma y su aplicación práctica.

La necesidad de formar a la red de distribución y al *call center* encuentra su razón de ser precisamente en el deber de información al asegurado que tan presente está en la actual normativa aseguradora, como sinónimo y reflejo de transparencia. Es imprescindible que aquellos que tengan un contacto más directo con el asegurado estén en disposición de poder informar al mismo de forma correcta y veraz, respecto a cualquier modificación normativa que les afecte. Una información de calidad redundará sin duda en un plus de calidad del servicio.

➤ **11.2.5. Departamento de tramitación de Siniestros**

De gran importancia es la labor de gestión de los siniestros en los que se deben respetar en todo momento las garantías que a favor del asegurado establece la ley, y muy especialmente el no demorar la aceptación o rechazo del mismo, motivando adecuadamente la decisión adoptada. Ésta última deberá ser acorde tanto con lo pactado en la póliza como con las previsiones legales. De ahí la importancia de estar bien instruido respecto a las modificaciones legales que afecten al contrato de seguro. Al fin y al cabo, la solución que se adopte del siniestro condicionará sin duda lo que posteriormente puede convertirse en una queja o reclamación del asegurado.

11.3 La resolución de conflictos en el sector asegurador

➤ **11.3.1. Departamento de Atención al Cliente**

Como indicábamos en el apartado anterior, el Departamento de Atención al Cliente será el encargado de decidir si la denegación de un siniestro ha cumplido con las garantías previstas en la póliza y en la ley. La decisión del DAC deberá ser totalmente imparcial, y no deberá favorecer a los intereses de la compañía. Las entidades deberán adoptar las medidas necesarias para separar el departamento de los restantes servicios comerciales u operativos de la organización, de modo que se garantice que aquél tome de manera autónoma sus decisiones evitando conflictos de interés.

Además, según lo previsto en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, el expediente deberá finalizar en el plazo máximo de dos meses, a partir de la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada en el departamento.

Según indica la orden antes mencionada, la decisión del DAC “deberá ser siempre motivada y contendrá unas conclusiones claras sobre la solicitud o reclamación planteada, fundándose en las cláusulas contractuales, y las normas de transparencia y protección de la clientela aplicables, así como las buenas prácticas y usos financieros”. Al respecto de las buenas prácticas, debemos detenernos en la política de reforzamiento de protección de los derechos del asegurado que desde el sector asegurador se ha venido realizando, siendo un ejemplo claro de ello la reciente Guía de Buenas Prácticas de Resolución interna de Reclamaciones impulsada por UNESPA. Uno de los principios de esta guía es mejorar la protección de los tomadores, asegurados, beneficiarios, y terceros perjudicados estableciendo el plazo de un mes, más breve del que establece la normativa, para resolver internamente las reclamaciones.⁴²

Aunque ya existía regulación al respecto desde la entrada en vigor de la Ley de reforma del sistema financiero, y la orden antes citada, el sector asegurador considera que existe todavía margen para seguir mejorando con lo cual se ha creído conveniente el establecimiento de esa guía de buenas prácticas. Según reza esta guía la gestión coordinada, ágil y eficaz del DAC representa un importante valor añadido para las entidades aseguradoras y una garantía de protección a los consumidores al permitirles formular una reclamación a la entidad de forma fácil y accesible.

La guía que es de adhesión voluntaria, ha tenido una buena acogida entre las entidades aseguradoras y de hecho son muchas las que ya a fecha de cierre de este trabajo están adheridas a su contenido. En concreto, 58 entidades aseguradoras de ámbito nacional lo que sin duda demuestra el interés de las mismas en cumplir con los principios de transparencia y protección del asegurado.

➤ **11.3.2. Sistemas de resolución alternativa de conflictos**

Sin duda un claro ejemplo de protección a los derechos del asegurado es la creación de métodos alternativos a las clásicas vías judicial y arbitral para resolución de conflictos.

Lo cierto es que el contrato de seguro provoca una alta conflictividad y el orden jurisdiccional civil, en el que se dirimen la mayor parte de las

⁴²Guía de buenas prácticas de resolución interna de reclamaciones. UNESPA. Marzo 2016.

causas, es uno de los más colapsados. La adopción de métodos complementarios al judicial para resolución de conflictos puede suponer una oportunidad de agilidad y disminución de los montos económicos que generan los dilatados procesos judiciales.

A lo largo del presente trabajo hemos ido haciendo referencia a varios de los métodos específicos que el legislador ha ido introduciendo en el ámbito asegurador con el ánimo de facilitar al asegurado diversas alternativas a las citadas vías clásicas. La oferta motivada, el procedimiento pericial contradictorio, el DAC, el Defensor del Cliente y el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP son buena muestra de ello.

Conviene también referirnos, aunque sea brevemente, a los sistemas de resolución alternativa de conflictos que no siendo específicos del ámbito asegurador pueden estar también llamados a desempeñar un papel relevante en el futuro.

En 2012 en España se aprobó la Ley 5/2012 de 6 de julio de mediación en asuntos civiles y mercantiles. Esta norma tenía como misión fomentar la mediación como vía de resolución de conflictos alternativa y complementaria a la vía jurisdiccional y asegurar una relación equilibrada entre mediación y el proceso judicial. Fue acogida con escepticismo en el sector asegurador aunque experiencias de otros países, como Alemania, Italia y Francia, detalladas avalaban la aplicación de la mediación en el ámbito de los conflictos mercantiles y, por ende, de los conflictos que se plantean en y con las compañías aseguradoras.

Con posterioridad, la Directiva 2013/11/ UE sobre resolución alternativa de litigios en materia de consumo impuso a los Estados Miembros la obligación de crear las entidades para la resolución extrajudicial de conflictos de consumo, así como de establecer entidades de este mismo tipo que operasen online de conformidad con lo previsto en el Reglamento nº 524/2013 sobre ODR (*online dispute resolution*).⁴³

La transposición de la Directiva 2013/11/UE debería haberse hecho efectiva en julio de 2015. Aunque se redactó un Anteproyecto de ley de resolución alternativa de conflictos de consumo en abril de 2015, nunca consiguió aprobarse. El incumplimiento del plazo previsto para la transposición de la Directiva podría acarrear la imposición de una sanción a España, y sin duda está dejando en situación de infraprotección al consumidor español frente a sus homónimos europeos.

⁴³LOURDES GARCÍA MONTORO. "El sueño de la resolución online de conflictos de consumo". Centro de Estudios de Consumo. Enero de 2016.

El Sistema Arbitral de Consumo ya se encuentra regulado en España, pero la Directiva propone implantar un sistema de resolución alternativa de conflictos de consumo más allá del arbitraje, con una configuración abierta que permita la resolución a través de distintos procedimientos como la conciliación, negociación, mediación u otras modalidades. De hecho las entidades que hasta ahora se encontraban autorizadas y notificadas a la Comisión Europea para la resolución alternativa de conflictos de consumo (Juntas arbitrales) pertenecen a un sistema institucional que no acaba de acreditar su capacidad para dar una respuesta adecuada a los problemas de los consumidores, y cuya falta de agilidad conlleva dilaciones del procedimiento incompatibles con el plazo de 90 días establecido por la Directiva.

Habremos de estar atentos al momento en que el legislador aborde por fin la transposición de esta norma, ya que ello debería suponer un renovado impulso a estos mecanismos de resolución alternativa de conflictos, de los que también podría eventualmente desprenderse una mayor protección del asegurado en el ámbito de las reclamaciones.

Así lo acreditan, por ejemplo, las consideraciones del Informe de 4 de noviembre de 2014 de la Secretaría del Consejo para la Unidad de Mercado cuando afirma que la transposición de la Directiva 2013/11/UE de 21 de mayo de 2013 podría buscar una solución única para la resolución extrajudicial de conflictos en materia financiera entre las entidades y sus clientes, y hace referencia a la creación de un Grupo de Trabajo en el seno del Consejo de Cooperación de Consumo para proceder a la revisión de la normativa de protección de consumidores en materia de seguros.

11.4. La gestión de las demandas judiciales

A día de hoy, no obstante, la vía judicial sigue siendo la que acredita un mayor grado de utilización por parte de los asegurados para hacer valer sus derechos.

En ocasiones y a pesar de una buena gestión del siniestro, todo rechazo lleva lógicamente implícito el descontento del asegurado, y en ocasiones la interposición de una demanda judicial.

Debemos aceptar que cada vez más los asegurados quieren hacer valer sus derechos frente a las aseguradoras cuando no ven cumplidas sus expectativas. Aquel asegurado que ha venido pagando una prima desde hace años y que no ha tenido nunca ningún siniestro, ve como en un momento dado tras la declaración de un siniestro, la compañía considera que no le corresponde ninguna indemnización. El asegurado se siente defraudado, y si no considera tal decisión justa ni fundada, querrá reclamar sus derechos ante la aseguradora.

Es muy importante tomar conciencia de que hoy por hoy la protección de los derechos del asegurado es lo primordial, y así lo hemos comprobado a lo largo del presente trabajo. Alejarse de este prisma, y mantenerse en el rechazo de un siniestro cuando las posibilidades de éxito no están garantizadas en un alto porcentaje implica además arriesgarse a tener que soportar un coste mayor del inicialmente provisionado.

Ante la interposición de una demanda judicial no tan solo está en juego el importe de la reclamación (el principal de la demanda), sino la hipotética condena en costas, en caso de una sentencia desfavorable, y los intereses. Por ello la compañía deberá estudiar en profundidad los riesgos que entraña la demanda para tomar una decisión sobre si continuar adelante con el procedimiento, o bien aceptar la reclamación.

Por tanto las dos opciones posibles son:

- a) Aceptar la reclamación del asegurado. Si las opciones de obtener una sentencia satisfactoria son mínimas atendido el condicionado de la póliza, la normativa, y en su caso la jurisprudencia, lo más rentable para la compañía es llegar a un acuerdo amistoso con el asegurado, en el que habitualmente se pactará una quita de los intereses y las costas.
- b) Continuar adelante con el pleito y contestar a la demanda. Si el siniestro ha sido correctamente rechazado (respetando condiciones de la póliza y normativa) o bien la indemnización ha sido correctamente valorada (conforme a los preceptivos informes periciales), en este caso las posibilidades de éxito son razonables, y por tanto la opción de continuar adelante con el pleito sería la más acertada.

Pero ¿a qué resultado se enfrentan las compañías cuando la decisión tomada es la segunda?, esto es, la de continuar con el pleito:

- a) Sentencia desestimatoria:

El asegurado ve rechazadas sus pretensiones por lo que la compañía no tendrá que pagar ni principal, ni intereses ni costas. Además puede ocurrir que el Juez imponga las costas a la parte vencida y que la compañía recupere los gastos de abogado y procurador que haya conllevado su defensa. Eso sí siendo el asegurado la parte débil de la relación las posibilidades de que se le impongan las costas si la pretensión no era claramente temeraria son más bien escasas.

- B) Estimación de la demanda:

Es este supuesto la compañía deberá hacer frente al principal reclamado, más los intereses y las costas de contrario.

En relación a los intereses pueden ser de dos tipos; a) los legales desde la interposición de la demanda (lo más habitual) o b) los moratorios del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro. Estos últimos se componen del interés legal dinero incrementado en un 50%, a contar desde la fecha del siniestro, y si han transcurrido más de dos años, al tipo del 20%. Esta diferenciación no es baladí, y de hecho debe ser uno de los aspectos importantes a tener en cuenta por parte de la compañía a la hora de decidir si le interesa continuar adelante con un pleito. Ni que decir tiene que el interés moratorio del art. 20 ha suscitado muchas críticas en el sector asegurador, pero la realidad es la que es, y debemos adaptarnos a ella.

En definitiva, desde el punto de vista de una compañía tramitar un siniestro, responder una reclamación, o en su caso, contestar a una demanda no es tarea fácil, y en el proceso de toma de decisiones no se debería perder nunca de vista la protección de la que goza el asegurado en la normativa aseguradora actual, refrendada asimismo por los tribunales. Alejarse de este prisma es una condena segura al fracaso. Las compañías deben ser conscientes de ello.

12. Conclusiones

A lo largo del presente estudio nos hemos adentrado en las entrañas del contrato de seguro. Sus características, contenido, regulación, etc. han sido objeto de análisis en los primeros capítulos. De las reformas habidas en la Ley de Contrato de Seguro hemos observado cómo en gran medida las modificaciones obedecían a la necesidad de adaptar la Ley española a la normativa comunitaria, y con una tendencia a la mejora en la protección de los derechos del asegurado. En este contexto llama la atención los dispares niveles de materialización de esta tendencia en los dos intentos de reforma íntegra a los que hemos hecho referencia. Y es que así como en el del año 2011 esa tendencia protectora se materializaba con mayor claridad, en el caso del Anteproyecto del Código Mercantil de 2014 tal tendencia se combinaba con algunos aspectos en los que se adivinaba una cierta merma en la protección de los derechos del asegurado con respecto al proyecto anterior.

Durante todo este tiempo, podría decirse que han sido los tribunales con su labor interpretativa los que han realizado una labor “pseudo-legislativa”, contribuyendo en gran medida a la consecución de mejoras en los derechos de los asegurados.

También han contribuido a este objetivo, otras normas que aún sin incidir de manera directa en el articulado de la Ley de Contrato de Seguro, han contribuido a reforzar toda una serie de aspectos en la referida línea de transparencia y protección, como por ejemplo la Directiva sobre Distribución de Seguros (IDD) o la Ley 35/2015 de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Y por último, nos hemos centrado en la LOSSEAR, que además de contener la última reforma de la Ley de Contrato de Seguro, con aspectos importantes como son la reducción del plazo para el tomador de comunicar la no prórroga del contrato, o una regulación exhaustiva de los seguros de decesos y dependencia, también regula el deber de información. Deber que se configura como claro ejemplo de transparencia y protección del asegurado, en la medida en que exigirá al asegurador facilitar una serie de información al asegurado antes y durante la vida del contrato.

Otro claro ejemplo de protección a los derechos del asegurado lo hemos visto en la creación de métodos alternativos de resolución de conflictos, a la vía judicial, no sólo desde la perspectiva específica del ámbito asegurador, en la que hemos prestado especial atención a la figura del DAC, sino también desde una más general de protección al consumidor, en la que la futura transposición de la Directiva 2013/11/ UE sobre resolución alternativa de litigios en materia de consumo está llamada a representar un hito destacado.

No podemos olvidar asimismo que el sector asegurador también contribuye en gran medida a esa cada vez mayor protección del asegurado que

caracteriza el actual panorama normativo. De ahí que hayamos querido hacer referencia a la elaboración de la Guía de Buenas Prácticas de Resolución interna de Reclamaciones, cuyos principios no son otros que los de mejorar la protección de los tomadores, al permitirles formular una reclamación a la entidad de forma fácil y accesible, y con un plazo de resolución menor que el establecido legalmente.

En definitiva, hemos constatado que tanto las normas de reciente aprobación como las de desarrollo inminente tienden cada vez más a reforzar la protección del asegurado, mejorando los principios de la Ley de Contrato de Seguro de 1980, de la que no debemos olvidar que en su época ya fue una norma garantista de los derechos del asegurado. De ahí que aunque siga manteniendo intacta buena parte de su articulado, encaja perfectamente en el entorno normativo asegurador actual.

Esta idea de mayor protección hacia el asegurado se presenta pues como un punto y seguido en la normativa aseguradora, y debería constituir uno de los referentes esenciales en la gestión de todo asegurador.

13. Bibliografía

Libros:

JOSÉ LUIS PÉREZ TORRES. “Fundamentos del Seguro”. UMESER S.A. Febrero 2011.

SANCHEZ CALERO, F (dir) “Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/80, de 8 de octubre, de seguro y sus modificaciones” Editorial Aranzadi. 2010.

M^a CONCEPCIÓN HILL PRADOS. “Las cláusulas “*claimmade*”: ¿¿¿fin de la polémica???”. Editorial: Universidad Carlos III de Madrid. 2015.

Artículos:

MARÍA ROSA ISERN SALVAT. “Las condiciones generales del contrato de seguro y la protección del asegurado en el derecho español”. Rev. boliv. de derecho nº 18, julio 2014.

PASCUAL MARTÍNEZ ESPÍN. “Comentario a la Sentencia n. 401/2010 de 1 de julio. Cláusulas abusivas en contratos de seguros”. Centro de Estudio de Consumo.

ALFREDO BETÉS DE TORO. “La futura tarifa unisex para el cálculo de la prima de los seguros: ¿Más igualdad jurídica o menos sentido común?” Revista de responsabilidad civil y seguro.

JUAN JOSÉ MARÍN, Catedrático de Derecho Civil y Abogado. Jornada ‘La nueva regulación del Contrato de Seguro en el Anteproyecto de Código Mercantil’, organizada por INESE.

JESÚS ALMARCHA JAIME. “El Tribunal Supremo pone coto al oportunismo del inversor en los seguros de vida *unit-linked*” Centro de Estudios de Consumo. Fecha de publicación: 9 de septiembre de 2015 y 11 febrero de 2016.

JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ BUENDÍA. “Utilización de los principios de derecho europeo de contratos por los tribunales españoles”. Universitat Autònoma de Barcelona, 2014201.

FERNANDO ESTEBAN DE LA ROSA. “La aplicación de la Normativa Común de Compraventa Europea (CESL) a los contratos de consumo”. Indret Revista para el análisis del Derecho. Enero 2013.

ALBERTO J. TAPIA HERMIDA. “Las reformas legales en curso. Perspectivas y retos para los asegurados”.

LOURDES GARCÍA MONTORO. “El sueño de la resolución on line de conflictos de consumo”. Centro de Estudios de Consumo. Enero de 2016.

MILAGROS SANZ PADILLA. “La regulación del contrato de seguro. Bases para su reforma”.

MARÍA GÓMEZ SANTOS. “La protección del asegurado como consumidor”. Centro de Estudios de Consumo. Noviembre 2015.

JOSÉ PÉREZ-CURIEL ROCA. “Seguro de Responsabilidad Civil profesional. Especial referencia a las cláusulas “*claimmade*”. Balance presente y futuro en la nueva regulación del contrato de seguro en el proyecto de código mercantil.”

ISABEL SOTÉS GARCIA. “La protección al consumidor en el ámbito de los seguros privados.”

ROSA MIQUEL SALA. “¿Un futuro instrumento opcional europeo para el contrato de seguro?”.Indret. Abril de 2015.

JOSÉ LUIS MAESTRO MARTÍNEZ. “El seguro de decesos en la normativa aseguradora. Su encaje en solvencia II.”

PILAR DOMINGUEZ MARTINEZ. “Impago de una prima sucesiva en un seguro de hogar: cobertura y pago de la prima después del vencimiento.” Centro de Estudios de Consumo. 22 de octubre de 2015.

FERNÁNDEZ MANZANO, L.A. y RUIZ ECHAURI, J. (coord.), 2015, “Comentarios a la LOSSEAR”, Madrid, España, Ed. HoganLovells”.

FERNÁNDEZ MANZANO, L.A. Y RUIZ ECHAURI, J. (coord.), 2016, “Comentarios al ROSSEAR”, Madrid, España, Ed. HoganLovells”.

MIRENCHU DEL VALLE SCHAAN “Presente y futuro de la ley de contrato de seguro.” Icade.Mayo-Agosto 2007.

Informes:

UNESPA. Teoría General de Seguros. Madrid. Editorial Aseguradora, 2006.

UNESPA. Guía de buenas prácticas de resolución interna de reclamaciones. Marzo 2016.

Fuentes de internet:

España país pionero en la historia del seguro. Blog Helvetia. 12 de diciembre de 2013.

<https://www.helvetia.com/es/blog/es/2013/12/history-of-insurance-in-spain.html>

Oriol Caudevilla Parellada. La reforma de la Ley del Contrato de Seguro. Pórtico Legal Expansión.

https://porticolegal.expansion.com/pa_articulo.php?ref=380

Revista Actualidad Jurídica. Las diez Claves del Anteproyecto del Código Mercantil. 02/06/2014.

<http://noticias.juridicas.com/actualidad/noticias/3833-las-diez-claves-del-anteproyecto-de-codigo-mercantil/>

Dictamen sobre el anteproyecto de Código Mercantil emitido por el Consejo de Estado en sesión celebrada el día 29 de enero de 2015. Referencia 837/2014.

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=CE-D-2014-837>

El consejo se disuelve dejando en el tintero un proyecto de Ley.

http://www.expansion.com/agencia/europa_press/2015/10/25/20151025120834.html

La reforma de LCS y la de supervisión podrían no llegar en esta legislatura.

<https://www.inese.es/noticias/la-reforma-de-la-lcs-y-la-nueva-ley-de-supervision-podrian-no-llegar-en-esta-legislatura#.V8an-1Jf271>

Informe del Ministerio de Economía y Competitividad en materia de consumo y resolución alternativa de conflictos.

<http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/economia/ficheros/pdf/SEGUROSHojasdereclamacione.pdf#page1>

Fuentes Oficiales:

Sentencias:

Sentencia Tribunal Supremo de fecha 1 de julio de 2010 Id Cendoj: 28079110012010100682.

Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 22 de abril de 2016. Id Cendoj: 28079110012016100257.

Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de septiembre de 2.006. Id Cendoj: 28079110012006101089.

Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de julio de 2011. Id Cendoj: 28079110012011100536.

Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de marzo de 2012. Id Cendoj: 28079110012012100135.

Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de junio de 2013. Id Cendoj: 28079110012013100453.

Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de septiembre de 2.006. Id Cendoj: 28079110012006101089.

Sentencia del Tribunal Supremo, de 10 septiembre 2015. Id Cendoj: 28079110012015100468.

Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 30 de junio de 2015. Id Cendoj: 28079110012015100374.

Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 9 de diciembre de 2015. Id Cendoj: 28079110012015100697.

Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de abril de 2009 Id Cendoj: 28079110012009100259.

Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de abril de 2015. Id Cendoj: 28079110012015100183.

Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de noviembre de 2002. Id Cendoj: 28079110012002101514.

Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 1 de marzo de 2007. Id Cendoj: 28079110012007100332.

Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 1 de marzo de 2012.

Ingrid Nicolás Fargas

Nacida en Sabadell, el 22 de abril de 1976.

Licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma de Barcelona. Promoción (1994-1998). Miembro del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona, con núm. de colegiación 27.231.

Empecé mi andadura profesional como Letrada en 2001 incorporándome al despacho de abogados Pierre-Ustrell Advocats Associats de Sabadell en el que colaboré durante diez años.

Desde 2011 formo parte del Departamento de Asesoría Jurídica de Nortehispana de Seguros y Reaseguros, S.A.

COLECCIÓN “CUADERNOS DE DIRECCIÓN ASEGURADORA”
Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Barcelona

PUBLICACIONES

- 1.- Francisco Abián Rodríguez: “Modelo Global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción” 2005/2006
- 2.- Erika Johanna Aguilar Olaya: “Gobierno Corporativo en las Mutualidades de Seguros” 2005/2006
- 3.- Alex Aguyé Casademunt: “La Entidad Multicanal. Elementos clave para la implantación de la Estrategia Multicanal en una entidad aseguradora” 2009/2010
- 4.- José María Alonso-Rodríguez Piedra: “Creación de una plataforma de servicios de siniestros orientada al cliente” 2007/2008
- 5.- Jorge Alvez Jiménez: “innovación y excelencia en retención de clientes” 2009/2010
- 6.- Anna Aragonés Palom: “El Cuadro de Mando Integral en el Entorno de los seguros Multirriesgo” 2008/2009
- 7.- Maribel Avila Ostos: “La tele-suscripción de Riesgos en los Seguros de Vida” 2009/2010
- 8.- Mercé Bascompte Riquelme: “El Seguro de Hogar en España. Análisis y tendencias” 2005/2006
- 9.- Aurelio Beltrán Cortés: “Bancaseguros. Canal Estratégico de crecimiento del sector asegurador” 2010/2011
- 10.- Manuel Blanco Alpuente: “Delimitación temporal de cobertura en el seguro de responsabilidad civil. Las cláusulas claims made” 2008/2009
- 11.- Eduard Blanxart Raventós: “El Gobierno Corporativo y el Seguro D & O” 2004/2005
- 12.- Rubén Bouso López: “El Sector Industrial en España y su respuesta aseguradora: el Multirriesgo Industrial. Protección de la empresa frente a las grandes pérdidas patrimoniales” 2006/2007
- 13.- Kevin van den Boom: “El Mercado Reasegurador (Cedentes, Brokers y Reaseguradores). Nuevas Tendencias y Retos Futuros” 2008/2009
- 14.- Laia Bruno Sazatornil: “L’ètica i la rentabilitat en les companyies asseguradores. Proposta de codi deontològic” 2004/2005
- 15.- María Dolores Caldes Llopis: “Centro Integral de Operaciones Vida” 2007/2008
- 16.- Adolfo Calvo Llorca: “Instrumentos legales para el recobro en el marco del seguro de crédito” 2010/2011
- 17.- Ferran Camprubí Baiges: “La gestión de las inversiones en las entidades aseguradoras. Selección de inversiones” 2010/2011
- 18.- Joan Antoni Carbonell Aregall: “La Gestió Internacional de Sinistres d’Automòbil amb Resultat de Danys Materials” 2003-2004
- 19.- Susana Carmona Llevadot: “Viabilidad de la creación de un sistema de Obra Social en una entidad aseguradora” 2007/2008
- 20.- Sergi Casas del Alcazar: “El PLAN de Contingencias en la Empresa de Seguros” 2010/2011
- 21.- Francisco Javier Cortés Martínez: “Análisis Global del Seguro de Decesos” 2003-2004
- 22.- María Carmen Ceña Nogué: “El Seguro de Comunidades y su Gestión” 2009/2010
- 23.- Jordi Cots Paltor: “Control Interno. El auto-control en los Centros de Siniestros de Automóviles” 2007/2008

- 24.- Montserrat Cunillé Salgado: "Los riesgos operacionales en las Entidades Aseguradoras" 2003-2004
- 25.- Ricard Doménech Pagés: "La realidad 2.0. La percepción del cliente, más importante que nunca" 2010/2011
- 26.- Luis Domínguez Martínez: "Formas alternativas para la Cobertura de Riesgos" 2003-2004
- 27.- Marta Escudero Cutal: "Solvencia II. Aplicación práctica en una entidad de Vida" 2007/2008
- 28.- Salvador Esteve Casablancas: "La Dirección de Reaseguro. Manual de Reaseguro" 2005/2006
- 29.- Alvaro de Falguera Gaminde: "Plan Estratégico de una Correduría de Seguros Náuticos" 2004/2005
- 30.- Isabel M^a Fernández García: "Nuevos aires para las Rentas Vitalicias" 2006/2007
- 31.- Eduard Fillet Catarina: "Contratación y Gestión de un Programa Internacional de Seguros" 2009/2010
- 32.- Pablo Follana Murcia: "Métodos de Valoración de una Compañía de Seguros. Modelos Financieros de Proyección y Valoración consistentes" 2004/2005
- 33.- Juan Fuentes Jassé: "El fraude en el seguro del Automóvil" 2007/2008
- 34.- Xavier Gabarró Navarro: ""El Seguro de Protección Jurídica. Una oportunidad de Negocio"" 2009/2010
- 35.- Josep María Galcerá Gombau: "La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal. La gestión de siniestros. Adaptación a los cambios legislativos y propuestas de futuro" 2003-2004
- 36.- Luisa García Martínez: "El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado. Perspectiva de un Operador de Banca Seguros" 2006/2007
- 37.- Fernando García Giralt: "Control de Gestión en las Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 38.- Jordi García-Muret Ubis: "Dirección de la Sucursal. D. A. F. O." 2006/2007
- 39.- David Giménez Rodríguez: "El seguro de Crédito: Evolución y sus Canales de Distribución" 2008/2009
- 40.- Juan Antonio González Arriete: "Línea de Descuento Asegurada" 2007/2008
- 41.- Miquel Gotés Grau: "Assegurances Agràries a BancaSeguros. Potencial i Sistema de Comercialització" 2010/2011
- 42.- Jesús Gracia León: "Los Centros de Siniestros de Seguros Generales. De Centros Operativos a Centros Resolutivos. De la optimización de recursos a la calidad de servicio" 2006/2007
- 43.- Antonio Guerra Díez: "Creación de unas Tablas de Mortalidad Dinámicas" 2007/2008
- 44.- Santiago Guerrero Caballero: "La politización de las pensiones en España" 2010/2011
- 45.- Francisco J. Herencia Conde: "El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo a nivel internacional y posibilidades de desarrollo en España" 2006/2007
- 46.- Francisco Javier Herrera Ruiz: "Selección de riesgos en el seguro de Salud" 2009/2011
- 47.- Alicia Hoya Hernández: "Impacto del cambio climático en el reaseguro" 2008/2009
- 48.- Jordi Jiménez Baena: "Creación de una Red de Agentes Exclusivos" 2007/2008
- 49.- Oriol Jorba Cartoixà: "La oportunidad aseguradora en el sector de las energías renovables" 2008/2009
- 50.- Anna Juncá Puig: "Una nueva metodología de fidelización en el sector asegurador" 2003/2004
-

- 51.- Ignacio Lacalle Goría: "El artículo 38 Ley Contrato de Seguro en la Gestión de Sinistros. El procedimiento de peritos" 2004/2005
- 52.- M^a Carmen Lara Ortíz: "Solvencia II. Riesgo de ALM en Vida" 2003/2004
- 53.- Haydée Noemí Lara Téllez: "El nuevo sistema de Pensiones en México" 2004/2005
- 54.- Marta Leiva Costa: "La reforma de pensiones públicas y el impacto que esta modificación supone en la previsión social" 2010/2011
- 55.- Victoria León Rodríguez: "Problemática del aseguramiento de los Jóvenes en la política comercial de las aseguradoras" 2010/2011
- 56.- Pilar Lindín Soriano: "Gestión eficiente de pólizas colectivas de vida" 2003/2004
- 57.- Víctor Lombardero Guarner: "La Dirección Económico Financiera en el Sector Asegurador" 2010/2011
- 58.- Maite López Aladros: "Análisis de los Comercios en España. Composición, Evolución y Oportunidades de negocio para el mercado asegurador" 2008/2009
- 59.- Josep March Arranz: "Los Riesgos Personales de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia. Una visión de la oferta aseguradora" 2005/2006
- 60.- Miquel Maresch Camprubí: "Necesidades de organización en las estructuras de distribución por mediadores" 2010/2011
- 61.- José Luis Marín de Alcaraz: "El seguro de impago de alquiler de viviendas" 2007/2008
- 62.- Miguel Ángel Martínez Boix: "Creatividad, innovación y tecnología en la empresa de seguros" 2005/2006
- 63.- Susana Martínez Corveira: "Propuesta de Reforma del Baremo de Autos" 2009/2010
- 64.- Inmaculada Martínez Lozano: "La Tributación en el mundo del seguro" 2008/2009
- 65.- Dolors Melero Montero: "Distribución en bancaseguros: Actuación en productos de empresas y gerencia de riesgos" 2008/2009
- 66.- Josep Mena Font: "La Internalización de la Empresa Española" 2009/2010
- 67.- Angela Milla Molina: "La Gestión de la Previsión Social Complementaria en las Compañías de Seguros. Hacia un nuevo modelo de Gestión" 2004/2005
- 68.- Montserrat Montull Rossón: "Control de entidades aseguradoras" 2004/2005
- 69.- Eugenio Morales González: "Oferta de licuación de patrimonio inmobiliario en España" 2007/2008
- 70.- Lluís Morales Navarro: "Plan de Marketing. División de Bancaseguros" 2003/2004
- 71.- Sonia Moya Fernández: "Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño" 2006/2007
- 72.- Rocio Moya Morón: "Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación Electrónica en el Seguro de Salud y ampliación de los modelos existentes" 2008/2009
- 73.- María Eugenia Muguerra Goya: "Bancaseguros. La comercialización de Productos de Seguros No Vida a través de redes bancarias" 2005/2006
- 74.- Ana Isabel Mullor Cabo: "Impacto del Envejecimiento en el Seguro" 2003/2004
- 75.- Estefanía Nicolás Ramos: "Programas Multinacionales de Seguros" 2003/2004
- 76.- Santiago de la Nogal Mesa: "Control interno en las Entidades Aseguradoras" 2005/2006
- 77.- Antonio Nolasco Gutiérrez: "Venta Cruzada. Mediación de Seguros de Riesgo en la Entidad Financiera" 2006/2007
- 78.- Francesc Ocaña Herrera: "Bonus-Malus en seguros de asistencia sanitaria" 2006/2007
- 79.- Antonio Olmos Francino: "El Cuadro de Mando Integral: Perspectiva Presente y Futura" 2004/2005

- 80.- Luis Palacios García: "El Contrato de Prestación de Servicios Logísticos y la Gerencia de Riesgos en Operadores Logísticos" 2004/2005
- 81.- Jaume Paris Martínez: "Segmento Discapacitados. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 82.- Martín Pascual San Martín: "El incremento de la Longevidad y sus efectos colaterales" 2004/2005
- 83.- Montserrat Pascual Villacampa: "Proceso de Tarificación en el Seguro del Automóvil. Una perspectiva técnica" 2005/2006
- 84.- Marco Antonio Payo Aguirre: "La Gerencia de Riesgos. Las Compañías Cautivas como alternativa y tendencia en el Risk Management" 2006/2007
- 85.- Patricia Pérez Julián: "Impacto de las nuevas tecnologías en el sector asegurador" 2008/2009
- 86.- María Felicidad Pérez Soro: "La atención telefónica como transmisora de imagen" 2009/2010
- 87.- Marco José Piccirillo: "Ley de Ordenación de la Edificación y Seguro. Garantía Decenal de Daños" 2006/2007
- 88.- Irene Plana Güell: "Sistemas d'Informació Geogràfica en el Sector Assegurador" 2010/2011
- 89.- Sonia Plaza López: "La Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal" 2003/2004
- 90.- Pere Pons Pena: "Identificación de Oportunidades comerciales en la Provincia de Tarragona" 2007/2008
- 91.- María Luisa Postigo Díaz: "La Responsabilidad Civil Empresarial por accidentes del trabajo. La Prevención de Riesgos Laborales, una asignatura pendiente" 2006/2007
- 92.- Jordi Pozo Tamarit: "Gerencia de Riesgos de Terminales Marítimas" 2003/2004
- 93.- Francesc Pujol Niñerola: "La Gerencia de Riesgos en los grupos multisectoriales" 2003-2004
- 94.- M^a del Carmen Puyol Rodríguez: "Recursos Humanos. Breve mirada en el sector de Seguros" 2003/2004
- 95.- Antonio Miguel Reina Vidal: "Sistema de Control Interno, Compañía de Vida. Bancaseguros" 2006/2007
- 96.- Marta Rodríguez Carreiras: "Internet en el Sector Asegurador" 2003/2004
- 97.- Juan Carlos Rodríguez García: "Seguro de Asistencia Sanitaria. Análisis del proceso de tramitación de Actos Médicos" 2004/2005
- 98.- Mónica Rodríguez Nogueiras: "La Cobertura de Riesgos Catastróficos en el Mundo y soluciones alternativas en el sector asegurador" 2005/2006
- 99.- Susana Roquet Palma: "Fusiones y Adquisiciones. La integración y su impacto cultural" 2008/2009
- 100.- Santiago Rovira Obradors: "El Servei d'Assegurances. Identificació de les variables clau" 2007/2008
- 101.- Carlos Ruano Espí: "Microseguro. Una oportunidad para todos" 2008/2009
- 102.- Mireia Rubio Cantisano: "El Comercio Electrónico en el sector asegurador" 2009/2010
- 103.- María Elena Ruíz Rodríguez: "Análisis del sistema español de Pensiones. Evolución hacia un modelo europeo de Pensiones único y viabilidad del mismo" 2005/2006
- 104.- Eduardo Ruiz-Cuevas García: "Fases y etapas en el desarrollo de un nuevo producto. El Taller de Productos" 2006/2007
- 105.- Pablo Martín Sáenz de la Pascua: "Solvencia II y Modelos de Solvencia en Latinoamérica. Sistemas de Seguros de Chile, México y Perú" 2005/2006
- 106.- Carlos Sala Farré: "Distribución de seguros. Pasado, presente y tendencias de futuro" 2008/2009

- 107.- Ana Isabel Salguero Matarín: "Quién es quién en el mundo del Plan de Pensiones de Empleo en España" 2006/2007
- 108.- Jorge Sánchez García: "El Riesgo Operacional en los Procesos de Fusión y Adquisición de Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 109.- María Angels Serral Floreta: "El lucro cesante derivado de los daños personales en un accidente de circulación" 2010/2011
- 110.- David Serrano Solano: "Metodología para planificar acciones comerciales mediante el análisis de su impacto en los resultados de una compañía aseguradora de No Vida" 2003/2004
- 111.- Jaume Siberta Durán: "Calidad. Obtención de la Normativa ISO 9000 en un centro de Atención Telefónica" 2003/2004
- 112.- María Jesús Suárez González: "Los Poolings Multinacionales" 2005/2006
- 113.- Miguel Torres Juan: "Los siniestros IBNR y el Seguro de Responsabilidad Civil" 2004/2005
- 114.- Carlos Travé Babiano: "Provisiones Técnicas en Solvencia II. Valoración de las provisiones de siniestros" 2010/2011
- 115.- Rosa Viciano García: "Banca-Seguros. Evolución, regulación y nuevos retos" 2007/2008
- 116.- Ramón Vidal Escobosa: "El baremo de Daños Personales en el Seguro de Automóviles" 2009/2010
- 117.- Tomás Wong-Kit Ching: "Análisis del Reaseguro como mitigador del capital de riesgo" 2008/2009
- 118.- Yibo Xiong: "Estudio del mercado chino de Seguros: La actualidad y la tendencia" 2005/2006
- 119.- Beatriz Bernal Callizo: "Póliza de Servicios Asistenciales" 2003/2004
- 120.- Marta Bové Badell: "Estudio comparativo de evaluación del Riesgo de Incendio en la Industria Química" 2003/2004
- 121.- Ernest Castellón Teixidó: "La edificación. Fases del proceso, riesgos y seguros" 2004/2005
- 122.- Sandra Clusella Giménez: "Gestió d'Actius i Passius. Inmunització Financera" 2004/2005
- 123.- Miquel Crespi Argemí: "El Seguro de Todo Riesgo Construcción" 2005/2006
- 124.- Yolanda Dengra Martínez: "Modelos para la oferta de seguros de Hogar en una Caja de Ahorros" 2007/2008
- 125.- Marta Fernández Ayala: "El futuro del Seguro. Bancaseguros" 2003/2004
- 126.- Antonio Galí Isus: "Inclusión de las Energías Renovables en el sistema Eléctrico Español" 2009/2010
- 127.- Gloria Gorbea Bretones: "El control interno en una entidad aseguradora" 2006/2007
- 128.- Marta Jiménez Rubio: "El procedimiento de tramitación de siniestros de daños materiales de automóvil: análisis, ventajas y desventajas" 2008/2009
- 129.- Lorena Alejandra Libson: "Protección de las víctimas de los accidentes de circulación. Comparación entre el sistema español y el argentino" 2003/2004
- 130.- Mario Manzano Gómez: "La responsabilidad civil por productos defectuosos. Solución aseguradora" 2005/2006
- 131.- Àlvar Martín Botí: "El Ahorro Previsión en España y Europa. Retos y Oportunidades de Futuro" 2006/2007
- 132.- Sergio Martínez Olivé: "Construcción de un modelo de previsión de resultados en una Entidad Aseguradora de Seguros No Vida" 2003/2004
- 133.- Pilar Miracle Vázquez: "Alternativas de implementación de un Departamento de Gestión Global del Riesgo. Aplicado a empresas industriales de mediana dimensión" 2003/2004

- 134.- María José Morales Muñoz: "La Gestión de los Servicios de Asistencia en los Multirriesgo de Hogar" 2007/2008
- 135.- Juan Luis Moreno Pedroso: "El Seguro de Caución. Situación actual y perspectivas" 2003/2004
- 136.- Rosario Isabel Pastrana Gutiérrez: "Creació d'una empresa de serveis socials d'atenció a la dependència de les persones grans enfocada a productes d'assegurances" 2007/2008
- 137.- Joan Prat Rifà: "La Previsió Social Complementaria a l'Empresa" 2003/2004
- 138.- Alberto Sanz Moreno: "Beneficios del Seguro de Protección de Pagos" 2004/2005
- 139.- Judith Safont González: "Efectes de la contaminació i del estils de vida sobre les assegurances de salut i vida" 2009/2010
- 140.- Carles Soldevila Mejías: "Models de gestió en companyies d'assegurances. Outsourcing / Insourcing" 2005/2006
- 141.- Olga Torrente Pascual: "IFRS-19 Retribuciones post-empleo" 2003/2004
- 142.- Annabel Roig Navarro: "La importancia de las mutualidades de previsión social como complementarias al sistema público" 2009/2010
- 143.- José Angel Ansón Tortosa: "Gerencia de Riesgos en la Empresa española" 2011/2012
- 144.- María Mercedes Bernués Burillo: "El permiso por puntos y su solución aseguradora" 2011/2012
- 145.- Sònia Beulas Boix: "Prevención del blanqueo de capitales en el seguro de vida" 2011/2012
- 146.- Ana Borràs Pons: "Teletrabajo y Recursos Humanos en el sector Asegurador" 2011/2012
- 147.- María Asunción Cabezas Bono: "La gestión del cliente en el sector de bancaseguros" 2011/2012
- 148.- María Carrasco Mora: "Matching Premium. New approach to calculate technical provisions Life insurance companies" 2011/2012
- 149.- Eduard Huguet Palouzie: "Las redes sociales en el Sector Asegurador. Plan social-media. El Community Manager" 2011/2012
- 150.- Laura Monedero Ramírez: "Tratamiento del Riesgo Operacional en los 3 pilares de Solvencia II" 2011/2012
- 151.- Salvador Obregón Gomá: "La Gestión de Intangibles en la Empresa de Seguros" 2011/2012
- 152.- Elisabet Ordóñez Somolinos: "El sistema de control Interno de la Información Financiera en las Entidades Cotizadas" 2011/2012
- 153.- Gemma Ortega Vidal: "La Mediación. Técnica de resolución de conflictos aplicada al Sector Asegurador" 2011/2012
- 154.- Miguel Ángel Pino García: "Seguro de Crédito: Implantación en una aseguradora multirramo" 2011/2012
- 155.- Genevieve Thibault: "The Customer Experience as a Source of Competitive Advantage" 2011/2012
- 156.- Francesc Vidal Bueno: "La Mediación como método alternativo de gestión de conflictos y su aplicación en el ámbito asegurador" 2011/2012
- 157.- Mireia Arenas López: "El Fraude en los Seguros de Asistencia. Asistencia en Carretera, Viaje y Multirriesgo" 2012/2013
- 158.- Lluís Fernández Rabat: "El proyecto de contratos de Seguro-IFRS4. Expectativas y realidades" 2012/2013
- 159.- Josep Ferrer Arilla: "El seguro de decesos. Presente y tendencias de futuro" 2012/2013

- 160.- Alicia García Rodríguez: "El Cuadro de Mando Integral en el Ramo de Defensa Jurídica" 2012/2013
- 161.- David Jarque Solsona: "Nuevos sistemas de suscripción en el negocio de vida. Aplicación en el canal bancaseguros" 2012/2013
- 162.- Kamal Mustafá Gondolbeu: "Estrategias de Expansión en el Sector Asegurador. Matriz de Madurez del Mercado de Seguros Mundial" 2012/2013
- 163.- Jordi Núñez García: "Redes Periciales. Eficacia de la Red y Calidad en el Servicio" 2012/2013
- 164.- Paula Núñez García: "Benchmarking de Autoevaluación del Control en un Centro de Siniestros Diversos" 2012/2013
- 165.- Cristina Riera Asensio: "Agregadores. Nuevo modelo de negocio en el Sector Asegurador" 2012/2013
- 166.- Joan Carles Simón Robles: "Responsabilidad Social Empresarial. Propuesta para el canal de agentes y agencias de una compañía de seguros generalista" 2012/2013
- 167.- Marc Vilardebó Miró: "La política de inversión de las compañías aseguradoras ¿Influirá Solvencia II en la toma de decisiones?" 2012/2013
- 168.- Josep María Bertrán Aranés: "Segmentación de la oferta aseguradora para el sector agrícola en la provincia de Lleida" 2013/2014
- 169.- María Buendía Pérez: "Estrategia: Formulación, implementación, valoración y control" 2013/2014
- 170.- Gabriella Fernández Andrade: "Oportunidades de mejora en el mercado de seguros de Panamá" 2013/2014
- 171.- Alejandro Galcerán Rosal: "El Plan Estratégico de la Mediación: cómo una Entidad Aseguradora puede ayudar a un Mediador a implementar el PEM" 2013/2014
- 172.- Raquel Gómez Fernández: "La Previsión Social Complementaria: una apuesta de futuro" 2013/2014
- 173.- Xoan Jovaní Guiral: "Combinaciones de negocios en entidades aseguradoras: una aproximación práctica" 2013/2014
- 174.- Àlex Lansac Font: "Visión 360 de cliente: desarrollo, gestión y fidelización" 2013/2014
- 175.- Albert Llambrich Moreno: "Distribución: Evolución y retos de futuro: la evolución tecnológica" 2013/2014
- 176.- Montserrat Pastor Ventura: "Gestión de la Red de Mediadores en una Entidad Aseguradora. Presente y futuro de los agentes exclusivos" 2013/2014
- 177.- Javier Portalés Pau: "El impacto de Solvencia II en el área de TI" 2013/2014
- 178.- Jesús Rey Pulido: "El Seguro de Impago de Alquileres: Nuevas Tendencias" 2013/2014
- 179.- Anna Solé Serra: "Del cliente satisfecho al cliente entusiasmado. La experiencia cliente en los seguros de vida" 2013/2014
- 180.- Eva Tejedor Escorihuela: "Implantación de un Programa Internacional de Seguro por una compañía española sin sucursales o filiales propias en el extranjero. Caso práctico: Seguro de Daños Materiales y RC" 2013/2014
- 181.- Vanesa Cid Pijuan: "Los seguros de empresa. La diferenciación de la mediación tradicional" 2014/2015.
- 182.- Daniel Ciprés Tiscar: "¿Por qué no arranca el Seguro de Dependencia en España?" 2014/2015.
- 183.- Pedro Antonio Escalona Cano: "La estafa de Seguro. Creación de un Departamento de Fraude en una entidad aseguradora" 2014/2015.

- 184.- Eduard Escardó Lleixà: "Análisis actual y enfoque estratégico comercial de la Bancaseguros respecto a la Mediación tradicional" 2014/2015.
- 185.- Marc Esteve Grau: "Introducción del Ciber Riesgo en el Mundo Asegurador" 2014/2015.
- 186.- Paula Fernández Díaz: "La Innovación en las Entidades Aseguradoras" 2014/2015.
- 187.- Alex Lleyda Capell: "Proceso de transformación de una compañía aseguradora enfocada a producto, para orientarse al cliente" 2014/2015.
- 188.- Oriol Petit Salas: "Creación de Correduría de Seguros y Reaseguros S.L. Gestión Integral de Seguros" 2014/2015.
- 189.- David Ramos Pastor: "Big Data en sectores Asegurador y Financiero" 2014/2015.
- 190.- Marta Raso Cardona: "Comoditización de los seguros de Autos y Hogar. Diferenciación, fidelización y ahorro a través de la prestación de servicios" 2014/2015.
- 191.- David Ruiz Carrillo: "Información de clientes como elemento estratégico de un modelo asegurador. Estrategias de Marketing Relacional/CRM/Big Data aplicadas al desarrollo de un modelo de Bancaseguros" 2014/2015.
- 192.- Maria Torrent Caldas: "Ahorro y planificación financiera en relación al segmento de jóvenes" 2014/2015.
- 193.- Cristian Torres Ruiz: "El seguro de renta vitalicia. Ventajas e inconvenientes" 2014/2015.
- 194.- Juan José Trani Moreno: "La comunicación interna. Una herramienta al servicio de las organizaciones" 2014/2015.
- 195.- Alberto Yebra Yebra: "El seguro, producto refugio de las entidades de crédito en épocas de crisis" 2014/2015.
- 196.- Jesús García Riera: "Aplicación de la Psicología a la Empresa Aseguradora" 2015/2016
- 197.- Pilar Martínez Beguería: "La Función de Auditoría Interna en Solvencia II" 2015/2016
- 198.- Ingrid Nicolás Fargas: "El Contrato de Seguro y su evolución hasta la Ley 20/2015 LOSSEAR. Hacia una regulación más proteccionista del asegurado" 2015/2016
- 199.- María José Páez Reigosa: "Hacia un nuevo modelo de gestión de siniestros en el ramo de Defensa Jurídica" 2015/2016
- 200.- Sara Melissa Pinilla Vega: "Auditoría de Marca para el Grupo Integra Seguros Limitada" 2015/2016
- 201.- Teresa Repollés Llecha: "Optimización del ahorro a través de soluciones integrales. ¿Cómo puede la empresa ayudar a sus empleados?" 2015/2016
- 202.- Daniel Rubio de la Torre: "Telematics y el seguro del automóvil. Una nueva póliza basada en los servicios" 2015/2016
- 203.- Marc Tarragó Diego: "Transformación Digital. Evolución de los modelos de negocio en las compañías tradicionales" 2015/2016
- 204.- Marc Torrents Fábregas: "Hacia un modelo asegurador peer-to-peer. ¿El modelo asegurador del futuro?" 2015/2016
- 205.- Inmaculada Vallverdú Coll: "Fórmulas modernas del Seguro de Crédito para el apoyo a la empresa: el caso español" 2015/2016