
Contratos aleatorios

PID_00268214

Blanca Torrubia Chalmeta
Eduardo Valpuesta Gastaminza

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 4 horas





Blanca Torrubia Chalmeta

Doctora en Derecho. Profesora de Derecho mercantil de la UOC.



Eduardo Valpuesta Gastaminza

Catedrático de Derecho Mercantil de la Universidad de Navarra.

La revisión de este recurso de aprendizaje UOC ha sido coordinada por el profesor: Miquel Peguera Poch (2019)

Segunda edición: septiembre 2019
© Blanca Torrubia Chalmeta, Eduardo Valpuesta Gastaminza
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Contratos aleatorios y mercado del riesgo	7
2. El contrato de alimentos	8
3. Juego y apuesta: concepto, régimen y acciones que generan ..	10
4. Contrato de renta vitalicia	11
5. Contrato de seguro	12
5.1. Concepto y características	12
5.1.1. Concepto y regulación legal	12
5.1.2. Elementos fundamentales	13
5.1.3. Sujetos intervinientes	13
5.2. Celebración del contrato	14
5.2.1. Perfección del contrato de seguro	14
5.2.2. Condiciones generales en el contrato de seguro	15
5.3. Régimen jurídico general	17
5.3.1. Obligaciones del tomador y/o asegurado	17
5.3.2. Obligaciones del asegurador. En especial, el pago de la indemnización	19
5.4. Duración, prescripción, juez competente	21
5.5. Seguros de daños	21
5.5.1. Principios generales de los seguros de daños	21
5.5.2. Tipos de seguros de daños contemplados en la Ley	22
5.5.3. En particular, el seguro de responsabilidad civil	23
5.6. Seguros de personas	24
5.6.1. El interés en los seguros de personas	24
5.6.2. La suma asegurada en los seguros de personas	25
5.6.3. El seguro de vida	25
5.6.4. Seguro de accidentes	36
5.6.5. Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria	39
Resumen	42
Actividades	43
Ejercicios de autoevaluación	43

Solucionario	45
Glosario	46
Bibliografía	47

Introducción

Alea en latín significa 'suerte', 'azar'. Los contratos aleatorios son aquellos en los que la cuantía de la prestación, su misma existencia o algunas de sus características dependen por completo de la suerte. Así, en el seguro de automóviles, el tomador paga un precio por el seguro, aunque puede que nunca tenga un accidente ni siniestro, y el asegurador nunca pague nada a cambio; en el seguro de muerte hay certeza de que el asegurado va a fallecer, pero no se sabe cuándo, de forma que puede que lo satisfecho por el tomador durante todos los años supere o no el importe final de la indemnización. La suerte o azar hace que se produzca o no el nacimiento de la obligación, o que la cuantía de las obligaciones sea mayor o menor. Una de las partes paga por la "seguridad", por evitar el riesgo de que, si sucede algo, o cuando suceda algo, le cause un perjuicio económico. Por eso en estos contratos no existe parangón alguno con los contratos conmutativos, en los que cada una de las prestaciones está determinada desde un principio y ambas son –en principio– de cuantía objetiva similar.

Objetivos

Los objetivos que debéis alcanzar a partir del estudio de este módulo son los siguientes:

1. Comprender la categoría de los contratos aleatorios y diferenciarlos claramente de los contratos conmutativos.
2. Distinguir el contrato de alimentos del contrato de renta vitalicia, y aprender las reglas básicas de ambos.
3. Conocer cómo considera el Código civil y la jurisprudencia que lo ha interpretado el juego y apuesta de envite o azar.
4. Conocer qué sujetos actúan en el contrato de seguro, distinguiendo las personas que pueden ocupar cada una de las posiciones contractuales y los intermediarios.
5. Comprender la diferencia entre cláusulas generales del contrato de seguros lesivas y limitativas, y el régimen de cada uno de estos tipos.
6. Distinguir claramente los seguros de daños de los de personas, comprendiendo cómo juega el principio indemnizatorio en aquéllos, y cómo no se aplica en éstos.
7. Comprender el seguro de responsabilidad civil, y la acción que tiene el perjudicado directamente contra el asegurador de aquel que causó el daño.
8. Conocer cuáles son y qué características tienen los distintos seguros de personas.
9. Reconocer los riesgos que encajan en cada uno de los seguros de personas.

1. Contratos aleatorios y mercado del riesgo

Los contratos de riesgo o aleatorios son aquellos en los que la cuantía de la prestación, su misma existencia o algunas de sus características dependen por completo de la suerte (ved art. 1790 CC, según el cual consisten en que una parte dé algo en equivalencia de lo que la otra ha de dar o hacer para el caso de un acontecimiento incierto). En ellos no cabe aplicar las reglas de otras figuras contractuales, dado que es totalmente indeterminado algún aspecto del objeto o prestación del negocio. Normalmente, la contraparte de aquél cuya obligación depende de la suerte realiza una contraprestación a cambio. Pero de tal prestación no cabe predicar, p. ej., que sea equivalente al riesgo asumido sino en un nivel puramente teórico. Es más, las partes especulan en este tipo de contratos esperando cada una que la suerte le favorezca (p. ej., al "jugar" en bolsa). Hay un riesgo asumido por ellas que no es equiparable a las reglas normales de los contratos de cambio.

Dentro de estos contratos el prototipo, que es el contrato de seguro, se enmarca además dentro del que podríamos denominar "mercado del riesgo", esto es, el mercado en el que se ponen de acuerdo las personas que precisan protegerse del riesgo de que ocurra un evento dañoso (los "demandantes de seguridad" o "demandantes de cobertura") y las que ofrecen cubrir frente a ese riesgo a cambio de un precio (los "oferentes de seguridad o cobertura", que son las compañías de seguro). Todos los consumidores y los empresarios están sometidos a distintos riesgos, y normalmente se precaven frente a los posibles daños contratando un seguro.

2. El contrato de alimentos

La regulación de este contrato se halla en los arts. 1791 a 1797 CC, en la redacción dada por la Ley 41/2013, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad. Es un negocio en virtud del cual una de las partes, el alimentante, se compromete a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a otra, llamada alimentista, durante la vida de ésta, y todo ello a cambio de la transmisión de unos bienes o derechos (art. 1791 CC). El deudor recibe así una serie de bienes actualmente, y se compromete a alimentar a la contraparte mientras viva. El carácter aleatorio se halla en el desconocimiento de cuánto va a durar la prestación (la vida del alimentista), así como, según el pacto, el importe exacto de los alimentos en cada momento.

Este contrato se diferencia de la institución de la obligación de alimentos derivada de las relaciones familiares (arts. 142 a 153 CC). Los alimentos entre parientes son una obligación legal, con un alcance determinado y unos sujetos prefijados legalmente. En cambio, este contrato supone un negocio voluntario por el cual el alimentante asume la obligación de proporcionar los alimentos, considerando que lo que recibe ahora compensa o equivale al conjunto de las prestaciones que va a tener que realizar. Por eso el contrato de alimentos no se extingue por las razones por las que sí cesa la obligación de alimentos entre parientes (así lo señala expresamente el art. 1794 CC), sino sólo por la muerte del alimentista.

La obligación del alimentante no es personalísima, de forma que podría transmitirse a tercero (con consentimiento del alimentista), y se transmite en caso de su muerte a los herederos (art. 1792 CC). El derecho del alimentista sí es personalísimo, intransmisible, y se extingue con su fallecimiento. Quien transmite los bienes o derechos al alimentante para que realice su prestación puede ser el alimentista, pero también un tercero (p. ej., el padre/madre del alimentista incapaz, que celebra un contrato de alimentos para que no le falten bienes al hijo cuando fallezca aquél).

El Código parece presuponer que lo normal es que alimentante y alimentista convivan (art. 1792 CC), pero no resulta necesario. La determinación de en qué consistan, concretamente, los alimentos dependerá del pacto de las partes. El Código parece exigir que abarque tanto alimentos como vivienda y asistencia de todo tipo (art. 1791 CC), pero podrían limitarlo las partes a sólo prestaciones de manutención o de vivienda, y también puede fijar claramente qué tipo de vivienda, de alimentos, de asistencia –sanitaria, asistencial, etc. También es posible, y bastante común, que en vez de proporcionar alimentos *in natura* o de pagar manutención y vivienda (con convivencia o sin ella), simplemente el alimentante satisfaga una pensión de una cuantía determinada, que se entiende que cubre los alimentos del alimentista. El problema se plantea, lógicamente, cuando no se ha fijado claramente en qué consistan los alimentos.

Para tal supuesto, y partiendo de que abarcan manutención, vivienda y asistencia de todo tipo, lo único que establece el art. 1793 CC es que no dependerá de las vicisitudes del

caudal y necesidades del obligado ni de las del caudal de quien las recibe. Esto es, serán los alimentos que se pueden considerar normales u ordinarios según la "realidad social" (art. 3.1 CC) y la buena fe (art. 1258 CC): manutención, vivienda y asistencia dignos y de tipo medio, con independencia de cuál sea el tipo de alimentos y vivienda que disfrutaba el alimentista, ni de cuál sea el caudal del alimentante. Para evitar problemas, lo mejor es determinar lo más claramente posible el contenido y alcance de la obligación.

El principal problema que se plantea en estos contratos es el de las consecuencias del incumplimiento de sus obligaciones por parte del alimentante. El art. 1795 CC establece en tales casos que el alimentista dispone de la opción general (exigir el cumplimiento o resolver), pero con una serie de precisiones. En primer lugar, si exige el cumplimiento, éste incluirá lo devengado con anterioridad a la demanda (precisión que resulta innecesaria). En segundo lugar, si resuelve, ambas partes deberán devolverse las prestaciones (los alimentos ya satisfechos el alimentista, y el capital o bienes recibidos el alimentante), pero con dos especialidades: el juez podrá acordar que la obligación de devolución del alimentista quede total o parcialmente aplazada, en su beneficio, por el tiempo y con las garantías que se determinen (art. 1795 CC); y en cualquier caso el alimentista deberá obtener, a consecuencia de tal resolución, un superávit suficiente para constituir, de nuevo, una pensión análoga por el tiempo que le quede de vida (art. 1796 CC).

3. Juego y apuesta: concepto, régimen y acciones que generan

Los arts. 1798 a 1801 CC realizan una regulación arcaica y hoy superada del juego y apuesta. Como regla general, consideran prohibidos los juegos de suerte, envite o azar, así como las apuestas del mismo tipo. En cambio, el art. 1800 CC no considera prohibidos los juegos que contribuyen al ejercicio del cuerpo, como las carreras a pie o a caballo, el juego de pelota, y otros de análoga naturaleza. La consecuencia "civil" de que el juego o apuesta sea de los prohibidos o de los permitidos es muy relevante. Si es de los prohibidos, no existe acción para reclamar lo que se haya perdido; si bien, si el que perdió pagó voluntariamente, ya no podrá recuperar lo pagado, a no ser que hubiese mediado dolo, o que fuera menor, o estuviera inhabilitado para administrar sus bienes (art. 1798 CC). Si el juego o apuesta es de los no prohibidos, existe obligación civil de pagar, si bien la autoridad judicial podrá no estimar la petición de pago si la cantidad que se cruzó fue excesiva, o reducir la obligación en lo que excediere de los usos de un buen padre de familia (art. 1801 CC).

Esta curiosa regulación ha sido, en buena parte, superada por la realidad social. El Tribunal Supremo ha declarado en varias sentencias (ved SSTs 23 febrero 1988 y 30 enero 1995) que los juegos de suerte, envite o azar declarados legales y practicados en lugares autorizados al efecto ya no pueden seguir considerándose prohibidos y, en consecuencia, obligan a pagar al que pierde. De esta forma, el que gana tiene derecho y acción para exigir lo ganado. También respecto de ellos se ha aplicado la facultad moderadora judicial del art. 1801 CC ya referida.

En la actualidad, la actividad del juego desarrollada en el ámbito estatal, en sus distintas modalidades, se rige por la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego. Esta norma pretende garantizar la protección del orden público, luchar contra el fraude, prevenir las conductas adictivas, proteger los derechos de los menores y salvaguardar los derechos de los participantes en los juegos, sin perjuicio de lo establecido en los estatutos de autonomía. Y regula, en particular, la actividad del juego cuando se realice a través de canales electrónicos, informáticos, telemáticos e interactivos, en la que los medios presenciales deberán tener un carácter accesorio, así como los juegos desarrollados por las entidades que designa la propia Ley para la realización de actividades sujetas a reserva, con independencia del canal de comercialización de aquéllos (art. 1). La Ley 13/2011 reserva en exclusiva las loterías de ámbito estatal a la Sociedad Estatal Loterías y Apuestas del Estado y a la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) como operadores de juego que vienen explotando de forma controlada hasta la fecha dichas loterías.

4. Contrato de renta vitalicia

Este contrato obliga al deudor a pagar una pensión o rédito durante la vida de una o más personas, recibiendo a cambio un capital en bienes muebles o inmuebles (art. 1802 CC). Es aleatorio porque no se conoce cuál vaya a ser el montante final del conjunto de pensiones pagadas, dado que depende de la duración de la vida del sujeto referido; el deudor puede que pague más que lo que ha recibido, o menos. A diferencia del contrato de alimentos examinado antes, en éste el deudor se obliga a pagar una renta ya determinada, no a satisfacer los alimentos, ropa, etc. de otra persona.

La renta puede constituirse sobre la vida del que entrega el capital, pero también de un tercero (p. ej., el padre/madre que, previendo su muerte, da unos bienes a un sobrino con la obligación de pagar una renta al hijo incapaz de aquél mientras viva dicho hijo); de igual forma el beneficiario de la renta puede ser la persona sobre cuya vida se otorga el contrato, pero también puede ser otra distinta (p. ej., entrego unos bienes a Pedro, con la obligación de que a su muerte pasen a manos de Juan, y pactamos además que Pedro durante su vida pague una pensión a favor de Juan).

La renta vitalicia constituye una obligación personal del deudor, no una carga (o gravamen real) de los bienes entregados (SSTS 8 mayo 1992 y 11 julio 1997). La falta de pago de las pensiones no da derecho a resolver el contrato ni a recuperar los bienes, sino a reclamar judicialmente el pago de las rentas atrasadas y el aseguramiento de las futuras (art. 1805 CC. Si bien alguna doctrina ha considerado que, si existe un impago ya desde la primera renta, sí sería resoluble el contrato).

5. Contrato de seguro

5.1. Concepto y características

5.1.1. Concepto y regulación legal

El art. 1 LCS recoge una definición del contrato de seguro conforme a la cual:

"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".

Se trata más bien de una descripción del contrato, que ciertamente no explica la lógica económica de su existencia. Económicamente, el seguro es la "cobertura recíproca de una necesidad pecuniaria fortuita y valorable en dinero, por parte de personas sometidas a riesgos del mismo género". Y es que así, efectivamente, nació el seguro: como un patrimonio formado por aportaciones de los sometidos a un mismo riesgo, de manera tal que, cuando éste sobreviniera, el perjudicado pudiera resarcirse del daño sufrido con cargo al fondo común.

Desde un punto de vista económico, el asegurador no paga con fondos propios (o, al menos, no debería hacerlo), sino con el fondo formado por las aportaciones de todos los tomadores. Se trataría, así, más de bien de un organizador y gestor de ese fondo común.

La regulación legal del contrato de seguro se recoge, básicamente, en tres leyes de corte bien distinto. En primer lugar, la Ley de Contrato de Seguro, Ley 50/1980, de 8 de octubre. A pesar de su relativa "antigüedad", ha sufrido muy pocas reformas parciales, de escasa relevancia todas ellas. Es norma imperativa, en el sentido de que el contrato no puede concederle al asegurado menos derechos de los reflejados en la Ley, aunque por supuesto sí puede ampliar tales derechos (art. 2 LCS). La Ley no resuelve si el seguro es un contrato civil o mercantil. La doctrina mayoritaria lo considera mercantil. En la jurisprudencia existen afirmaciones *obiter dicta* que consideran la naturaleza mercantil del contrato en las SSTs 27 noviembre 1991 y 12 diciembre 1995, que partieron de la aplicabilidad de los preceptos relativos a la interrupción de la prescripción del Código de comercio.

La segunda norma relevante es la es la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (en adelante, LOSSEAR). Esta norma norma regula, específicamente, los aspectos jurídico-públicos de la actividad aseguradora (clases de entidades aseguradoras, requisitos y normas de actuación). Pero también incide, de forma indirecta, en cuestiones de derecho privado.

Por último, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, establece la regulación de los intermediarios en el mercado de seguros –agentes y corredores de seguros–.

5.1.2. Elementos fundamentales

Tradicionalmente se han distinguido en el contrato de seguro cuatro elementos fundamentales. El primero de ellos el "riesgo", que es la causa del contrato. El riesgo es la posibilidad de que acaezca el evento dañoso asegurado. Si no existe riesgo, el contrato es nulo, justamente porque carecería de causa (art. 4 LCS. P. ej., un seguro sobre la vida de alguien que ya falleció). El riesgo debe determinarse y delimitarse, pues no cabe un seguro frente a todo tipo de riesgos. La Ley establece una serie de modalidades de seguro o, si se quiere, de riesgos asegurables, pero cabe asegurar frente a otros.

El "interés" es uno de los conceptos más problemáticos del contrato de seguro, desde un punto de vista teórico. Se define, normalmente, como la relación de carácter económico existente entre el bien o valor asegurado y su titular. El acierto o proporcionalidad de esta concepción es clara en los seguros de daños, en los cuales el interés es el valor del bien asegurado –el bien que puede ser robado o incendiado, la mercancía transportada, etc. En cambio, en los seguros de personas es más discutible que exista "interés", pues la relación con el valor asegurado –la vida, la enfermedad, etc.– no es económica sino personal.

El "siniestro" (o "daño") es la producción del evento asegurado. La doctrina lo caracteriza señalando que debe realizarse el riesgo previsto en el contrato; debe producirse un daño al asegurado; y debe producirse durante la vigencia del seguro.

Por último, la "suma asegurada" es el valor que se fija, por acuerdo de las partes, como cuantía del interés –en los seguros de daños– o como suma a pagar –en los seguros de personas. Su importancia es crucial, pues determina:

- 1) el límite máximo a pagar en el caso de que acaezca el riesgo asegurado;
- 2) el valor a tomar en cuenta del interés a los efectos del "principio indemnizatorio";
- 3) la cuantía de la prima, que lógicamente es mayor cuanto mayor es la suma asegurada.

5.1.3. Sujetos intervinientes

Una de las partes del contrato es la entidad aseguradora, cuyos requisitos y modalidades vienen regulados en en la ya citada LOSSEAR. En todo contrato de seguro la contraparte que se compromete a satisfacer una indemnización si ocurre el siniestro debe ser una entidad aseguradora autorizada administra-

tivamente e inscrita en el registro de entidades de seguros. Las entidades aseguradoras pueden ser sociedades anónimas, mutuas, cooperativas y mutualidades de previsión social. Además, podrán realizar la actividad aseguradora las entidades que adopten cualquier forma de derecho público, siempre que tengan por objeto la realización de operaciones de seguro en condiciones equivalentes a las de las entidades aseguradoras privadas (art. 27 LOSSEAR).

En sentido estricto, la contraparte del asegurador, la otra parte contractual del negocio, es el tomador. Él es quien celebra el contrato, se obliga a pagar la prima, declara el riesgo, etc. Pero, junto al tomador, existen otras dos posiciones subjetivas que es importante diferenciar, y que no siempre coinciden en una misma persona física o jurídica. Así, el asegurado es el titular del interés o valor objeto del seguro (el propietario del bien o titular del crédito en los seguros de daños, dependiendo de su naturaleza; o la persona cuyo fallecimiento, supervivencia, enfermedad, etc. se determinan como siniestro en los seguros de personas). Finalmente, beneficiario es la persona legitimada para obtener la indemnización que se va a pagar. Normalmente lo será el tomador, que asegura sus propios bienes o su supervivencia, pero puede serlo cualquier sujeto (p. ej., en los seguros de responsabilidad civil a menudo el beneficiario es un tercero, desconocido para el tomador y/o asegurado, al que se ha causado un daño sin relación contractual previa).

El contrato de seguro se concierta, en la inmensa mayoría de los casos, a través de un intermediario que, bien pone en contacto a las partes, bien contrata por cuenta del asegurador. La norma que regula esta relación de intermediación es la ya citada Ley de Mediación de los Seguros y Reaseguros Privados (LMSRP, de 17 de julio de 2006). La Ley conserva la distinción clara entre dos tipos de mediadores, los agentes de seguros (que actúan en interés y por cuenta de uno o varios aseguradores) y los corredores de seguros (asesores imparciales).

5.2. Celebración del contrato

5.2.1. Perfección del contrato de seguro

El art. 5 LCS establece que el contrato deberá ser formalizado por escrito. Este documento escrito se denomina en la Ley, y en la jerga del sector, "póliza". La doctrina mayoritaria considera que estamos ante un contrato consensual, que se perfecciona con el simple consentimiento entre las partes; y que la "necesidad" de la póliza que establece el art. 5 LCS lo es a efectos probatorios, de fijación del contrato, etc., pero no de validez. Si cabe probar que existió un consentimiento estarán obligadas ambas partes, aunque no se haya emitido aún la póliza (SSTS 21 mayo 1991, 27 noviembre 1991 ó 28 febrero 1998).

En la fase precontractual, el art. 96 LOSSEAR, trasponiendo las Directivas comunitarias, exige una información precontractual sobre la entidad aseguradora, la autoridad a la que corresponde el control de su actividad, la legislación aplicable, y otros aspectos. La Ley 34/2003, de 4 de noviembre, introdujo un precepto 6 bis en la LCS que recoge el derecho de arrepentimiento del asegurador en ciertos contratos de seguro: específicamente,

cuando se trata de seguros celebrados a distancia, distintos al seguro de vida –que tiene en este punto su norma propia, el art. 83.a–, y celebrados por personas que actúan con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional.

5.2.2. Condiciones generales en el contrato de seguro

Si en la mayoría de los contratos actuales la celebración se realiza mediante condiciones generales, esto es aún más característico en el seguro, pues no sólo es que deban economizarse los costes de negociación, sino que además el cálculo actuarial que es la base de toda actividad aseguradora exige que los seguros de una misma modalidad tengan igualadas sus condiciones y requisitos. Sólo así puede hacerse un cálculo probabilístico adecuado. Esta característica es la que justifica que en la Ley se realice una referencia expresa a las condiciones generales del contrato, estableciendo una serie de requisitos y reglas. En primer lugar, las condiciones generales y particulares se redactarán "de forma clara y precisa".

Lo que no establece el art. 3 LCS es la consecuencia de que una cláusula sea oscura o imprecisa. En este punto existen fundamentalmente dos posibles soluciones: interpretar la condición en contra del predisponente (arts. 1258 CC y 6.2 LCGC); o considerar que esa cláusula no está "incorporada" al contrato, dada su oscuridad, de forma que sería nula manteniéndose la vigencia del resto del clausulado (art. 7.b LCGC). La interpretación que parece ir extendiéndose es que, si la cláusula es oscura pero inteligible, se aplicará la interpretación *adversus stipulatorem*; mientras que si es totalmente ininteligible, procederá su nulidad parcial.

Otro de los requisitos es el conocimiento por parte del tomador del contenido de las condiciones generales. Lógicamente, sólo si el tomador tuvo ocasión real de conocer tal contenido podemos partir de que le sea aplicable. Es otro de los denominados "requisitos de incorporación" en la teoría sobre condiciones generales de la contratación. El art. 3 LCS lo articula estableciendo que las condiciones generales "habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo". La inclusión con la propuesta de seguro, si existe, tiene como finalidad que el tomador pueda conocer sus derechos antes de contratar, y decidir si lo hace conforme a tal conocimiento. Además de adjuntarse con la proposición de seguro, si finalmente se celebra el contrato un ejemplar de las condiciones debe incluirse en la póliza o en documento complementario, que suscribirá el asegurado (*sic*, por tomador) y al que se entregará copia del mismo.

En este art. 3 la Ley introduce, además, un "control de contenido" de las condiciones generales, estableciendo que en ningún caso éstas podrán tener carácter lesivo para los asegurados. Esta curiosa determinación es totalmente imprecisa, pues no se define qué debe entenderse por carácter lesivo. La doctrina, en general, considera que la norma no puede referirse a las cláusulas contrarias a la norma imperativa (que son nulas de por sí *ex art. 2 LCS y 6 CC*), por lo

que interpreta que serán lesivas las cláusulas totalmente desproporcionadas, inicuas o injustas, que coloquen al contratante en una situación de desequilibrio excesivo.

El precepto que comentamos establece, además, un régimen específico para las "cláusulas limitativas de derechos del asegurado". Las mismas no son ilegales, ni mucho menos nulas, pero, dado que suponen una minoración del ámbito de cobertura, la Ley se preocupa por que los tomadores las conozcan específicamente. Se trata de un "control de incorporación", de un requisito para entender que el contratante conoce y acepta especialmente esas cláusulas.

El problema es, al igual que sucedía con las "cláusulas lesivas", determinar el concepto de "cláusula limitativa" de derechos del asegurado. La jurisprudencia, en una primera fase, partió de un concepto totalmente amplio de esta limitación, y vino a considerar que cualquier cláusula de exclusión de riesgo, o que de alguna forma limitara, evitara o excluyera derechos o beneficios para el tomador, era limitativa (y, por lo tanto, su aplicación exigía la aceptación específica). Con un concepto tan amplio, de hecho una gran parte de las condiciones generales serían cláusulas limitativas, pues de una u otra manera van delimitando, circunscribiendo o señalando cuál es el riesgo cubierto.

A partir de ahí, la jurisprudencia evolucionó hacia una postura muy diferente. Muestra de ello es la STS 14 julio 2015, que, reiterando jurisprudencia constante anterior, señala que entre las cláusulas delimitadoras del riesgo "se encuentran aquellas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial, incluyendo en estas categorías la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada o contratada. Responden a un propósito de eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o con el uso establecido, para evitar delimitarlo en forma contradictoria con el objeto del contrato o con las condiciones particulares de la póliza (SSTS 25 octubre 2011, 20 abril 2011, 18 mayo 2009, 26 septiembre 2008 y 17 octubre 2007). Son limitativas de los derechos del asegurado las que restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización, una vez que se ha producido el riesgo (SSTS 14 de junio 2007, 30 diciembre 2005 y 26 febrero 1997, entre otras) No siempre las diferencias entre unas y otras aparecen en las cláusulas con la claridad suficiente, calificándose de limitativas de derechos las que limitan sorprendentemente el riesgo (STS 25 noviembre 2013)".

El art. 73 LCS considera "cláusulas limitativas", dentro del contrato de seguro de responsabilidad civil, ciertas cláusulas que limitan la cobertura a que la reclamación del perjudicado se produzca en un tiempo concreto, con una serie de límites. Es cláusula limitativa la que, en un seguro multirriesgo hogar, excluye los daños causados por "las personas que se hallen dirigiendo o realizando trabajos de reparación o decoración en la propiedad de los bienes cubiertos por esta póliza" (STS 17 septiembre 2008); la que, después de determinar en las condiciones particulares como riesgo los daños materiales al continente y contenido del edificio siniestrado con unos límites cuantitativos, en las condiciones generales se reducía tal cobertura a los supuestos de lluvia o viento no superiores a unas determinadas medidas (STS 1 octubre 2010); la que, en un seguro voluntario de automóviles, excluya la responsabilidad de la compañía en los supuestos de conducción bajo los efectos del alcohol (en cuyo caso, la compañía podrá repetir el pago contra el tomador del seguro) (SSTS 12 febrero 2009 y 16 febrero 2011), e igualmente, la que excluye la cobertura de accidentes por esa causa en seguros de accidentes (SSTS 7 julio 2006 y 13 noviembre 2008). La STS 29 enero 2019 estima limitativa la cláusula "sorpresa" que, en un seguro de responsabilidad civil de administradores de sociedades de capital, excluía la responsabilidad por impago de impuestos, una responsabilidad relativamente común que es lógico que se encuentre en la previsión de quien concierta el seguro.

Es cláusula delimitadora, en un contrato multirriesgo respecto de un edificio, la que excluye las pérdidas o daños producidos directa o indirectamente por error de diseño y de asentamiento de los terrenos (STS 7 enero 2010). Es cláusula delimitadora la que "el riesgo cubierto no comprendía los daños que se causaran como consecuencia de cualquier lluvia o anomalía meteorológica, sino tan sólo los daños causados a causa de la lluvia o de fenómenos meteorológicos que no fueran previsibles en el lugar de la obra y en la época del año en la que ésta se llevaba a cabo" (STS 20 abril 2011).

Como queda expresado, las cláusulas limitativas no son nulas, ni tienen ninguna tacha o presunción de ilegalidad. Simplemente, para que no escapen a la atención del tomador, la Ley quiere que se destaquen y se firmen expresamente. En la práctica, ese "destaque" suele hacerse imprimiéndolas en negrita, o en subrayado. En cuanto a la firma específica ("deberán ser específicamente aceptadas por escrito"), doctrina y jurisprudencia suelen exigir una firma distinta a la general del contrato. En la práctica, en las condiciones particulares o generales suele hacerse constar una cláusula específica en la que se señalan cuáles son las cláusulas limitativas, y el tomador afirma conocerlas y aceptarlas, firmando a continuación. Si no se cumplen estos requisitos, la cláusula no se "incorpora al contrato", esto es, se aplica la regla de nulidad parcial que ya vimos respecto de las cláusulas totalmente incomprensibles.

5.3. Régimen jurídico general

5.3.1. Obligaciones del tomador y/o asegurado

1) Declaración del riesgo, y de las circunstancias modificativas del mismo

El deber de declaración del riesgo es uno de los deberes fundamentales que corresponden al tomador, pues sobre la base de esa declaración y en la delimitación del riesgo se determinará la posibilidad mayor o menor de que ocurra, y con ello también el precio de la prima. El art. 10 LCS exige al tomador que, con carácter previo a la conclusión del contrato, manifieste al asegurador "todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo". Pero este deber queda muy modulado por la existencia del cuestionario al que puede someter el asegurador al tomador. Si hay cuestionario, el deber se cumple contestando verazmente al mismo. Cuando no existe cuestionario, el tomador "quedará exonerado de tal deber". Al asegurador compete, según esta regla, elaborar un cuestionario completo y detallado, pues es quien más conoce qué aspectos resultan fundamentales para determinar el riesgo; si renuncia a ello, no puede exigirle al tomador una diligencia que aquél no ha tomado.

De esta forma el cuestionario es fundamental: de existir, basta con contestar verazmente al mismo; y si falta, el tomador queda exonerado de su obligación. Como establece la STS 22 febrero 2001, "como ha reconocido la doctrina científica y señala la sentencia de esta Sala de 11 de noviembre de 1997, el deber de información que el art. 10 de la Ley 50/1980 impone al tomador del seguro, ha sido concebido más que como un deber de declaración, como un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunta por el asegurador". En igual sentido, las SSTs 18 mayo 1993, 23 septiembre 1997 ó 7 febrero 2001.

Si ha existido reserva o inexactitud por parte del tomador, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador en el plazo de un mes desde que conozca dichas reserva o inexactitud. La prima correspondiente al periodo durante el cual ha estado vigente el contrato corresponde al asegurador, salvo que existiera dolo o culpa grave por su parte (p. ej., al admitir un cuestionario contestado incompleto, o con contradicciones importantes),

en cuyo caso debe entenderse que no podrá retener nada de lo pagado. Si ocurre el siniestro antes de que el asegurador conozca la inexactitud, y ésta fue dolosa, aquél no tiene obligación de indemnizar.

La STS 21 enero 2019 recoge la jurisprudencia sobre esta materia y considera que existió declaración dolosa del tomador, y "aunque la enfermedad causante de la muerte del asegurado (cáncer de pulmón) fue diagnosticada en febrero de 2009, mucho después de la suscripción de la póliza y la cumplimentación del cuestionario, y no figuraba entre las patologías por las que fue preguntado de forma específica, lo determinante para apreciar la infracción dolosa de su deber de declarar el riesgo es que también en este caso concurrían suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para su valoración, entre ellos el más relevante de todos, el gran consumo de tabaco, conscientemente negado, puesto que a nadie escapa la notoria relación que existe entre el consumo de tabaco (y más con esa intensidad) y el cáncer de pulmón y, además, varios años antes de suscribir la póliza y responder al cuestionario el asegurado había sufrido un neumotórax y se le había prescrito que dejase de fumar".

Como es lógico, el deber de exactitud de la declaración dura toda la vida del contrato, en el sentido de que, si el riesgo se agrava o disminuye de forma relevante durante el contrato, las condiciones de éste ya no son adecuadas para el riesgo real actual de ese momento. Por eso la Ley establece todo un sistema, relativamente complejo, para estos casos de agravación o reducción del riesgo (arts. 11 y 12 LCS).

2) Pago de la prima

El pago de la prima es, lógicamente, la obligación fundamental del tomador. El pago lo hará el tomador (o, en su defecto, puede hacerlo el asegurado, art. 7.2 LCS). Las consecuencias del impago por culpa del tomador vienen fijadas en el art. 15 LCS, y son distintas en función de que la impagada sea prima única o periódica. Así, el impago de la primera o de la única dan derecho al asegurador a resolver el contrato o exigir el pago de la prima en vía ejecutiva a partir de la póliza (una aplicación del art. 1124 CC); salvo pacto en contra, si la prima no se ha pagado y ocurre el siniestro, el asegurador queda liberado de su obligación. Si el asegurador no opta por ninguna de las dos vías, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima (éste puede, por lo tanto, «revivir» el contrato por el tiempo que aún quede de duración del mismo, si bien con efectos desde las 24 horas siguientes al pago. El pago podrá ser voluntario o forzoso –porque lo exigió judicialmente el asegurador, p. ej.).

En cambio, el impago de una de las primas periódicas tiene consecuencias bien distintas. La cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día del vencimiento. El asegurador puede exigir el pago de la prima en curso (no puede pactarse, por ejemplo, el pago de dos primas en concepto de intereses o sanción), pero la Ley no contempla la posibilidad de que pueda resolver. Si no reclama el pago en seis meses al vencimiento de la prima, el contrato –que ya está sin cobertura, pasado un mes del vencimiento– quedará extinguido. El tomador tiene la misma opción que en el caso anterior, la de

recuperar la cobertura a las 24 horas de pagar la prima, pero lógicamente sólo puede hacerlo en ese plazo de seis meses pasado el cual ya el impago y la no reclamación del asegurador extinguen el contrato.

3) Comunicación del siniestro y minoración de los daños

Conforme al art. 16 LCS, tomador, asegurado o beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro en un plazo máximo de siete días de haberlo conocido (salvo que se haya fijado plazo mayor en la póliza). Si no lo hacen, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración (daños y perjuicios que, por supuesto, deberá acreditar él, y que pueden no existir), salvo que el asegurador conociera el siniestro por otro medio.

Otro deber de colaboración con el asegurador que se impone a asegurado y tomador es el de aminorar las consecuencias del siniestro (art. 17 LCS). Si no realizan tal minoración, el asegurador podrá reducir su prestación en la proporción oportuna, o incluso quedar exonerado si la falta de minoración se produjo con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador.

5.3.2. Obligaciones del asegurador. En especial, el pago de la indemnización

El pago de la indemnización procede si ha ocurrido el siniestro asegurado, el contrato es válido y mantiene su cobertura. El art. 18 LCS establece que el asegurador deberá 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. Ahora bien, se establece un plazo mínimo para realizar, al menos, un "pago anticipado": 40 días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, plazo en el cual deberá pagarse "el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas".

Es muy posible que en esos 40 días aún no conozca la cuantía exacta de la indemnización, incluso que sea imposible determinar ésta porque las consecuencias dañosas se siguen produciendo, pero sí que existirá una cuantía mínima que se sabe que tiene que pagar. Ese mínimo, que se debe determinar caso por caso, es el que debe satisfacerse pasados esos 40 días, con la consecuencia especialmente rigurosa de, que si no paga, incurre en mora (art. 20 LCS).

Uno de los aspectos más importantes de la regulación legal ha sido el de las consecuencias de la mora en el pago de la indemnización. La obsesión de la Ley por el "pronto pago" ocasiona en este punto un régimen especialmente gravoso para el asegurador, sobre todo en cuanto al tipo de interés que debe satisfacer en caso de dicha mora, pero también en otros aspectos. Como regla general, la mora supone no cumplir la prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro; o no proceder al pago del importe mínimo debido en los 40 días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro (art.

20.3° LCS). Por supuesto, si pasados tres meses desde el siniestro aún siguen produciéndose daños, no existirá mora por no haber pagado éstos (inexistentes aún) dentro de los tres meses.

El interés de demora tiene una cuantía especialmente alta. En principio, será el interés legal del dinero vigente en el momento en el que se devengue, incrementado en el 50%. Además, transcurridos dos años desde el siniestro, no podrá ser inferior al 20%. La STS 1 marzo 2007 ha entendido que ese 20% se pagará a partir del segundo año; en los dos primeros años el interés de mora es 1,5 veces el interés legal. La imposición del interés de demora la hará el tribunal de oficio, automáticamente, aunque no lo pidan las partes (art. 20.4° LCS).

Uno de los aspectos más controvertidos de la Ley es la regla establecida en el número 8° de este art. 20 LCS: "No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable". La justificación de la regla es obvia, y se halla en la línea de exigir la culpa para que exista verdadera mora. Caso por caso habrá que determinar, lógicamente, si la causa que aduce el asegurador para no pagar o para no ser imputable el impago concurre.

La jurisprudencia ha establecido con carácter general que no existe mora si ha sido necesario un previo proceso judicial: a) para determinar si existía cobertura (p. ej., SSTS 21 marzo 2000, 19 junio 2003 ó 7 julio 2003); o b) para fijar la cuantía exacta debida (p. ej., STS 30 diciembre 1999 ó 14 julio 2005). Ahora bien, esta jurisprudencia no puede entenderse, como a veces lo hacen ciertos jueces, tribunales o autores, en el sentido de que siempre que haya habido proceso judicial está justificado el impago. En este sentido, resulta paradigmática la afirmación contenida en la STS 27 marzo 2006: "No basta, sin embargo, para considerar concurrente la justa causa con que se discute por la aseguradora la cobertura. Es, por el contrario, preciso que esa discusión se considere fundada". En este sentido ved últimamente SSTS 31 enero 2011, 24 abril 2014 y 22 mayo 2014 (estas dos últimas valoran si hubo consignación, y su cuantía, para considerar si la mora estaba justificada por el pleito posterior).

El art. 19 establece que el asegurador no debe pagar la prestación si el siniestro fue causado por mala fe del asegurado. La razón es evidente: sería contrario a la buena fe y al orden público permitir a una persona que cobre por los daños causados dolosamente por ella misma. Por esta razón no sería válido el pacto que incluyera la cobertura en caso de mala fe (ni podría considerarse una "cláusula más beneficiosa para el asegurado" válida ex art. 2 LCS, por esa contrariedad al orden público).

El precepto plantea la cuestión de si resulta asegurable la culpa del asegurado. Parece claro que, en principio, está cubierta, pues la norma sólo excluye la garantía en el caso de mala fe. La cuestión es si cabría excluir por pacto la garantía en caso de culpa; y si esa cláusula sería limitativa de los derechos del asegurado, con las consecuencias del art. 3 LCS. Parece que la cláusula sería válida, pero limitativa de los derechos del asegurado, y por eso debería resaltarse y aceptarse expresamente.

5.4. Duración, prescripción, juez competente

Por lo que se refiere a la duración del contrato, el art. 22.1 LCS establece que será determinada en la póliza, no pudiendo exceder de diez años (salvo en los seguros de vida). Además, el art. 8.8 del mismo texto legal señala que deberá fijarse en la póliza el "día en que comienzan y terminan sus efectos". La duración inicial máxima de diez años no impide que el contrato dure mucho más, pues pasado el periodo inicial pactado puede irse prorrogando por nuevos plazos no superiores a un año cada vez. El precepto establece, a continuación, una regla que se recoge en la inmensa mayoría de las pólizas, referente a la prórroga tácita del contrato. Las partes pueden pactar que, llegado el fin del contrato, se prorrogue por un nuevo periodo no superior a un año si ninguna de ellas se opone a la prórroga mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada en un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

En cuanto a la prescripción de acciones, conforme al art. 23 LCS las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños, y de cinco años si el seguro es de personas. Por último, juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato seguro será el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario (art. 24 LCS).

5.5. Seguros de daños

5.5.1. Principios generales de los seguros de daños

En los seguros de daños rigen tres principios fundamentales. El primero de ellos es que se cubren los daños ocurridos aunque sean causados por culpa del asegurado, pero se excluye siempre el dolo, el daño causado de propósito.

En segundo lugar, se aplica el principio de subrogación del asegurador en las acciones que por el daño acaecido pudieran corresponder al asegurado (art. 43 LCS). Como el perjudicado ya ha quedado indemne, el asegurador puede reclamar al causante del daño.

Por último, rige el principio indemnizatorio, conforme al cual el contrato de seguro no puede suponer un enriquecimiento injustificado para el asegurado (art. 26 LCS). Ello se manifiesta fundamentalmente en las relaciones que existen entre la suma asegurada y el interés. Cuando ambos coinciden (seguro pleno), no hay problema alguno y, acaecido el daño, se indemnizará la totalidad del mismo. En cambio, los casos de desigualdad suponen un desequilibrio para el que la Ley arbitra varias soluciones.

Cuando la suma asegurada es mayor que el interés, se da el supuesto de "sobreseguro". Éste es perjudicial para el tomador, pues éste, como la indemnización nunca superará el interés real, el daño real sufrido, paga una prima superior a la que debiera. Igualmente

es peligroso para el asegurador, pues éste, si no puede demostrarse la desigualdad, pagará una indemnización mayor que el valor real del daño. Por ello ambas partes pueden pedir la reducción de la suma y la devolución del exceso de primas pagadas.

Cuando la suma asegurada es menor que el interés, se da la situación denominada "infraseguro". En estos casos se satisfará la misma proporción del daño que la proporción existente entre suma e interés. P. ej., si se asegura un coche de dos millones por un millón (suma asegurada = mitad del interés), sólo se satisfará la mitad de los daños que sufra el bien asegurado.

Las partes pueden pactar lo que se denominan "pólizas estimadas", en las que se paga la suma asegurada sin tener en cuenta si excede o está por debajo del interés. En estos casos, las primas suelen ser más elevadas.

El principio indemnizatorio también se manifiesta en los casos en que un mismo riesgo se asegure en varias compañías (seguro doble).

El tomador debe notificar a cada una de ellas esta situación, de forma que, si ocurre el daño, no paguen entre todas más del valor real del mismo (aunque la suma de sumas aseguradas fuera superior al interés). Si dolosamente no se comunica tal situación y existe sobreseguro, las compañías quedan relevadas del deber de indemnización (art. 32 LCS). Supuesto distinto es el de llamado "coaseguro", en el que varias compañías se ponen de acuerdo para cubrir entre todas, conforme a una serie de pactos, un único riesgo (art. 33 LCS). En este supuesto hay un acuerdo entre los distintos aseguradores, a diferencia del seguro doble.

5.5.2. Tipos de seguros de daños contemplados en la Ley

El daño asegurado puede ser muy variado. La Ley contempla hasta siete posibles riesgos capaces de ser cubiertos, pero pueden celebrarse seguros sobre otros riesgos distintos. Así, el seguro de decesos cubre los daños patrimoniales que ocasione el fallecimiento del asegurado (gastos de tanatorio, esquelas, entierro, etc.), o el seguro de asistencia en viaje indemniza los daños patrimoniales que cause una avería (alquiler de vehículo de sustitución, etc.).

La Ley contempla expresamente:

- a) seguros contra incendios (arts. 45 a 49 LCS);
- b) seguros contra robo (arts. 50 a 53, que incluyen cualquier sustracción ilegítima);
- c) seguro de mercancías transportadas por los posibles deterioros que pueden sufrir (arts. 54 a 62 LCS);
- d) seguro de lucro cesante (arts. 63 a 67 LCS; el asegurador indemnizará el rendimiento económico que no ha podido obtener el beneficiario por haber sucedido un hecho dañoso contemplado en el contrato –p. ej., la empresa organizadora de un concierto puede celebrar un seguro para que, si aquél se suspende por lluvia, cobre de la aseguradora lo que no puede obtener por la venta de entradas, cuyo precio se devuelve–);

e) seguro de caución (art. 68 LCS; obliga al asegurador a indemnizar si el asegurado no cumple sus obligaciones contractuales o legales);

f) seguro de crédito (arts. 69 a 72 LCS; cubre la insolvencia de los deudores del beneficiario, pues en caso de impago satisfará las sumas el asegurador –de hecho, funciona como una especie de garantía personal–); y

g) seguro de defensa jurídica (arts. 76.a-g LCS; obliga al asegurador a hacerse cargo de los gastos en que pueda incurrir el asegurado como consecuencia de su intervención en un procedimiento administrativo, judicial o arbitral. Se cubren los gastos de defensa, pero no la posible condena pecuniaria o multa que se imponga al asegurado. Éste puede elegir al abogado que desee).

STC 1/2018

La STC 1/2018, de 11 de enero, ha declarado nulo el art. 76e LCS, que otorgaba al asegurado el derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pudiera surgir entre él y el asegurador en relación con el contrato de seguro, al someter con ello al asegurador a arbitraje, sin tener en cuenta el aspecto básico contractual del arbitraje y el derecho a la tutela judicial.

5.5.3. En particular, el seguro de responsabilidad civil

El seguro de responsabilidad civil (arts. 73 a 76 LCS) cubre el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños causados por hechos que dan lugar a responsabilidad extracontractual del asegurado.

El seguro de responsabilidad civil es muy común por parte de quienes se dedican al ejercicio profesional (abogados o médicos, p. ej., para el caso de que realicen mal su labor y deban responder por negligencia), y a menudo lo contratan también las empresas por los daños que causen sus empleados o profesionales –daños de los que responden esas empresas (art. 1903 CC).

Como regla general, la compañía tendrá que responder si el daño fue causado durante el momento de vigencia del contrato (aunque se exteriorice o aparezca cuando el contrato ya no está vigente). Esta imputación temporal puede modularse en el contrato, con ciertos límites (art. 73 LCS). Existe una acción directa del perjudicado contra la compañía aseguradora, de forma que, aunque entre ellos no existe relación contractual ni extracontractual (pues la aseguradora no es la causante del daño), el perjudicado puede acudir contra la compañía directamente (incluso no hace falta demandar, además, al asegurado ni al causante del daño). En ciertos supuestos la compañía podrá repetir el pago de quien causó el daño (p. ej., del conductor del vehículo que en estado de embriaguez causó un atropello).

Un supuesto específico de este seguro es el seguro obligatorio de automóviles, regulado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. Se establece con tal obligatoriedad porque el vehículo de motor es un elemento potencialmente peligroso. El seguro obligatorio cubre hasta una cantidad máxima, a partir de la cual, si el daño es mayor, deberá pagar el asegurado. Por eso cabe contratar un "seguro voluntario" que cubra también por encima de esa cuantía. Hay que tener en cuenta que para toda lesión causada por un vehículo de motor (esté asegurado o no el daño, y responda la compañía o el causante), existe un baremo obligatorio de cuantificación de tales lesiones.

5.6. Seguros de personas

Dentro del seguro de personas, la LCS (título III, arts. 80 a 106) agrupa modalidades de seguro diversas que tienen como elemento común el de que los distintos riesgos que se comprenden recaen sobre personas. La LCS contempla básicamente tres modalidades:

- 1) el seguro de vida,
- 2) el seguro de accidentes,
- 3) los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria.

La técnica consiste en, a partir de una regulación bastante pormenorizada del seguro de vida en los artículos 93 a 99 LCS, extender la aplicabilidad de parte de la misma al seguro de accidentes (art. 100.2 LCS), y extender esta última normativa a los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria "en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros" (art. 106 LCS).

Los seguros de personas tienen dos características comunes: la primera es, tal y como se recoge en el art. 81 LCS, la posibilidad de celebrar el contrato con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. El grupo debe estar delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse. La segunda es la del art. 82 LCS, que impide al asegurador, aun después de pagada la indemnización, subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro (el asegurado debe poder perseguir a quienes atenten contra su integridad física). Se exceptúa lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria.

5.6.1. El interés en los seguros de personas

En los seguros de personas el interés asegurado recae sobre la persona en cuanto bien económico susceptible de valoración y entendida tanto en su propia esencia como en sus cualidades. Esta valoración económica puede hacerse tanto de la capacidad de la persona para generar una renta como de la vida, la integridad corporal o la salud en sí mismas. Por ello, la persona que figure en el contrato puede ser tanto sujeto del interés (interés de la persona) como objeto del interés (interés sobre la persona). Ahora bien, mientras el titular o sujeto del interés puede ser persona física o persona jurídica, el objeto del interés asegurado únicamente puede ser persona física, dado que el artículo 80 LCS se refiere a los riesgos **que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado**.

Cuando en el contrato de seguro el titular del interés es el asegurado en relación con su persona, se presume la existencia del interés de ésta en su propia existencia y en las condiciones físicas en las que ha de desarrollarse. Si el contrato se realiza en relación con la vida o integridad física de un tercero, será

necesario el consentimiento escrito del tercero salvo que pueda presumirse ese interés (así lo dispone el párr. 4º del artículo 83 LCS, que limita su aplicación al seguro de vida para caso de muerte).

5.6.2. La suma asegurada en los seguros de personas

El contrato en los seguros de personas, por regla general, debe determinar la suma que ha de pagar el asegurador para el caso de que se produzca el evento asegurado. Es decir, tanto el evento objeto de cobertura como la cuantía de la suma que, en caso de producirse aquél, satisfará el asegurador vienen determinados en el contrato. Y ello es así por cuanto que, en el momento de la celebración del contrato, las partes determinan la existencia del interés y su valoración y hacen una valoración *a priori* del daño comprometiéndose a aceptar todo ello y a no variarlo salvo que así lo decidan de común acuerdo y antes de la producción del evento asegurado. Por ello, reciben el nombre de "seguros de sumas", de "abstracta cobertura de necesidad" o de "indemnización subjetiva".

No obstante, pueden pactarse determinadas prestaciones a cargo del asegurador cuya valoración no se determina al celebrar el contrato, sino una vez producido el siniestro, como ocurre en el caso de las prestaciones de enterramiento o de asistencia sanitaria, de manera semejante a los seguros de daños cuyas normas resultan de aplicación (arts. 25 y sigs. LCS). En este sentido, el art. 82 LCS niega la facultad de subrogación del asegurador en los derechos que correspondan, en su caso, al asegurado contra un tercero, con la excepción de los gastos de asistencia sanitaria.

5.6.3. El seguro de vida

El seguro de vida es un seguro que obliga al asegurador, a cambio del cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente (art. 83. I LCS).

- En el **seguro de vida para caso de muerte**, el asegurador entrega el capital o suma asegurada a la muerte del asegurado. Sus modalidades son:

1) El *seguro de vida entera*: el contrato de seguro se establece por un tiempo ilimitado hasta que ocurra la muerte del asegurado, que es el evento que da lugar al deber de cumplimiento de la prestación por parte del asegurador.

2) El *seguro temporal*: el seguro se establece por un período determinado de tiempo, quedando condicionada la obligación de pago de la suma por parte del asegurador a la muerte del asegurado dentro de ese período temporal, quedando liberado y haciendo suyas todas las primas en caso contrario.

3) El *seguro de amortización de préstamos*: el asegurador asume la obligación de pago de la cantidad pendiente de amortizar por parte del asegurado prestatario para el caso de que éste muera antes de haber satisfecho la totalidad de la deuda.

4) El *seguro de capital de sobrevivencia*: en este contrato existen dos asegurados, pactándose que, en caso de muerte del asegurado expresamente designado, el asegurador habrá de abonar la suma asegurada –o renta de sobrevivencia si así se pacta– al segundo asegurado siempre que esté vivo en ese momento, quedando liberado el asegurador en otro caso.

- En el **seguro de vida para caso de vida o seguro de sobrevivencia**, la prestación del asegurador queda condicionada a la sobrevivencia del asegurado en una determinada fecha o edad. Son modalidades del mismo:

1) El *seguro de capital diferido*: el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada para el caso de que el asegurado –o alguno de los asegurados, dado que puede hacerse sobre varias cabezas– sobreviva en una determinada fecha. En este contrato la prima del asegurado puede ser única –la contraprestación se satisface de una sola vez al formalizar el seguro– o periódica –la contraprestación se satisface durante todo el plazo de duración del seguro.

2) El *seguro de renta*: el asegurador se obliga a abonar al asegurado, en lugar de un capital, una renta –constante o creciente– mientras éste viva y en cada vencimiento pactado, ya sea mensual, trimestral, semestral o anual.

3) El *seguro dotal*. Nacido para favorecer un enlace matrimonial o el desarrollo de un niño, con este seguro se garantiza el abono del capital asegurado a la persona designada en el contrato y a su vencimiento, con independencia de que sobreviva o no el asegurado en ese momento.

- Los **seguros de vida mixtos** combinan en un único contrato los dos seguros anteriores, con la consiguiente reducción de costes de gestión, de tal modo que la obligación del asegurador queda condicionada a la sobrevivencia del asegurado a determinada fecha o edad, o a su muerte, si es anterior, y son sus modalidades:

1) El *seguro mixto ordinario*: el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada tanto a la muerte del asegurado, si ocurre dentro del plazo de vigencia, como al vencimiento del contrato, si en dicha fecha sobrevive el asegurado. Se combina así el seguro temporal de muerte con el de capital diferido, siendo en ambos casos igual la suma asegurada que debe abonar el asegurador.

2) El *seguro mixto a capital doblado*: el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada para el caso de sobrevivencia de éste a la finalización del contrato y a abonar la misma suma asegurada a los herederos o beneficiarios designados del asegurado a la muerte de éste, cualquiera que sea la fecha de ésta. El capital doblado únicamente se hará efectivo cuando el asegurado sobreviva a la fecha de vencimiento del contrato, percibiéndolo posteriormente sus herederos o beneficiarios, a la muerte de aquél.

3) El *seguro mixto a término fijo*: el asegurador se obliga al abono del capital asegurado en una determinada fecha, sea al propio asegurado si sobrevive en aquel momento, sea a los herederos o beneficiarios designados si aquél hubiese muerto, cesando en este último caso la obligación de pago de la prima. Se combina, así, el seguro de vida temporal con el de capital diferido.

1) Elementos personales

Además del asegurador y del asegurado, en el seguro de vida pueden aparecer otras figuras: la de contratante o tomador del seguro y la de beneficiario.

Asegurado es la persona sobre cuya vida o cabeza se realiza el seguro, esto es, la persona cuya muerte o sobrevivencia determina el nacimiento para el asegurador de la obligación de satisfacer la suma asegurada. El seguro sobre la vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia o ambos conjuntamente, así como sobre una o varias cabezas (art. 83 párr. 2 LCS). En los seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, se precisa el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro (art. 83 párr. 4 LCS).

"El Tribunal Supremo tiene declarado que la ausencia de oposición por parte del asegurado a la concertación del seguro presume la existencia de interés en la existencia del seguro."

STS 12 abril 1993 (RJ 1993/1993)

Si el asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales (art. 83 párr. 6 LCS). Además, no se puede contratar un seguro para caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados (art. 83 párr. 7 LCS).

Tomador o contratante es la persona que celebra el contrato con el asegurador, firma la póliza y asume las obligaciones que ésta le imponga y, en especial, el pago de la prima. El tomador no se debe interpretar en sentido estricto como el mero suscriptor de la póliza: es el que estipula el contrato, el *dominus negotii*, de ahí que asuma el deber de pago de las primas del seguro de vida frente al asegurador. El tomador en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses tiene la facultad unilateral de resolver el contrato, mediante comunicación dirigida al asegurador, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional (art. 83.a LCS).

Beneficiario es la persona física o jurídica titular del derecho a la prestación del asegurador cuando se produzcan los requisitos previstos contractualmente. La LCS permite al tomador del seguro designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del asegurador. Esa designación puede hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento. Y, si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del tomador (art. 84 LCS).

El artículo 87 LCS faculta al tomador para revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación. El tomador perderá los derechos de rescate, anticipo, reducción y pignoración de la póliza si renuncia a la facultad de revocación.

La revocación del beneficiario es una declaración de voluntad del contratante que pone fin a la designación –concreta o genérica– del beneficiario señalando, por lo general, uno nuevo para que perciba la suma asegurada cuando ocurra el siniestro. Se trata de una revocación *ad nutum*, no requiere justa causa, es un derecho personalísimo, y por lo tanto intransmisible, cuyo ejercicio corresponde al tomador del seguro. La revocación puede hacerse en cualquier tiempo mientras no haya ocurrido el siniestro, dado que en ese momento se perfecciona el derecho del beneficiario.

Ahora bien, el contratante del seguro puede renunciar a la facultad de cambiar el beneficiario, haciendo la designación de éste en la póliza con carácter irrevocable. La designación de beneficiario irrevocable precisa para su validez que la renuncia sea expresa y por escrito y que el asegurador tenga conocimiento de la misma.

El artículo 92 LCS sanciona al beneficiario que causa dolosamente la muerte del asegurado privándole de la prestación establecida en el contrato de seguro, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador. Esta norma únicamente resulta de aplicación en los seguros de vida para caso de muerte y en los mixtos.

El Tribunal Constitucional tiene establecido con respecto al artículo 92 LCS que tiene un tinte punitivo o represivo, no el preventivo que caracteriza a la prohibición de contratar sobre la cabeza de los impúberes. Por otra parte, es incompleto, desde una perspectiva tuitiva, por aludir tan sólo a un evento específico, el homicidio, dicho llanamente, sin tener en cuenta las conductas negligentes o los riesgos procedentes del propio menor. La función de ambas normas es muy distinta y su coexistencia no resulta redundante. Es claro, por tanto, que el precepto en cuestión no presenta faceta alguna que le haga merecedor de un juicio adverso de constitucionalidad y, muy al contrario, cumple en su ámbito el encargo para la protección de la infancia que contiene la propia Constitución.

STC 24 febrero 1994 (RTC 1995/55)

2) El riesgo

En los seguros de vida para caso de muerte, el riesgo asegurado es la muerte efectiva o biológica del asegurado, si bien a ésta se equipara la declaración de fallecimiento, regulada en los artículos 193 y sigs. del Código civil. En los seguros de vida para caso de vida, el riesgo es la sobrevivencia del asegurado a la fecha predeterminada. Y, en los seguros mixtos, se prevén y cubren ambos riesgos.

La característica esencial del riesgo en los seguros sobre la vida es que éste aumenta a medida que transcurre el tiempo de duración del contrato. A diferencia de lo que ocurre en el seguro de sobrevivencia, en donde el riesgo no admite modulaciones –se vive o no en una fecha determinada–, en el seguro para caso de muerte el riesgo admite delimitaciones de orden causal, temporal, objetivo y subjetivo, si bien cada día son menores.

Así, las pólizas autorizan a los aseguradores a viajar por todo el mundo y a utilizar cualquier medio de transporte, si bien excluyen la cobertura en caso de viajes submarinos, viajes de exploración, descensos en paracaídas y vuelos en líneas no regulares, y cubren el riesgo de suicidio, si bien establecen un plazo mínimo de duración del contrato desde la firma de la póliza para otorgar dicha cobertura. Asimismo, se cubren obligatoriamente los riesgos catastróficos en régimen de compensación dentro del Consorcio de Compensación de Seguros. Estos riesgos son los debidos a fenómenos de la naturaleza –inundaciones extraordinarias, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos– y los derivados de hechos de carácter político o social –actos de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular, así como los hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. La LCS declara para el seguro para caso de muerte que el asegurado sólo se libera de su obligación si el fallecimiento del asegurado tiene lugar por alguna de las circunstancias expresamente excluidas en la póliza (art. 91 LCS) y que, salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato.

3) Reticencia e inexactitud en la declaración del tomador

El artículo 89 LCS prevé la aplicación de las disposiciones generales reguladoras de la materia para los supuestos de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador que influyan en la estimación del riesgo. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo

de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo. El precepto deja fuera de su ámbito de aplicación el supuesto de declaración inexacta relativa a la edad del asegurado, que se regula en el art. 90 LCS, el cual prevé para tal caso que el asegurador sólo pueda impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél. En otro caso, si, como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

La práctica aseguradora muestra cómo el contenido del deber de declaración varía en atención a la modalidad de seguro de vida del que se trate. Así, siendo el cuestionario –que normalmente acompaña a la solicitud del tomador– el instrumento de declaración del que disponen las aseguradoras para valorar las circunstancias que pueden influir en la estimación del riesgo, se aprecia que en los seguros de sobrevivencia son irrelevantes las declaraciones acerca del estado de salud, buscándose más bien información acerca de los datos personales de las partes intervinientes, mientras que en los seguros para caso de muerte el cuestionario cumple una función de gran importancia para el asegurador y por ello contienen una serie de preguntas acerca de la salud física y mental del asegurado dirigidas a determinar con cierta precisión las expectativas de vida del asegurado. Además, cuando se trata de seguros de vida que exceden el límite de suscripción automática –en la práctica suele ser de sesenta mil euros para menores de 50 años y de la mitad a partir de esa edad–, se suele establecer la necesidad de un reconocimiento médico para comprobar la realidad de las declaraciones del solicitante del seguro de vida. Este reconocimiento médico se configura como un deber precontractual para el asegurado, quien deberá someterse a él siempre que no implique un riesgo para su salud.

Es doctrina jurisprudencial a este respecto que "la hepatitis C crónica activa constituye una enfermedad grave que debió declararse" (STS 31 mayo 2004 [RJ 2004/3554]), que "[...] al faltar el dolo, o la declaración de la culpa grave de la tomadora en la contratación de la Póliza, por haber omitido datos sobre determinadas enfermedades, en cuanto se debía contestar expresamente a ellas [...] por lo que habrá de reducir proporcionalmente respecto al importe que hubiera correspondido a aquélla en relación al capital a percibir, conforme al artículo 10.3º de la LCS (RCL 1980, 2295), [...] de esa facultad reductora, pueden hacer uso los Tribunales, al acoger parcialmente la cuantía de una demanda, rebajando la misma, y en cuanto no se refiere a acción distinta a la regulada en el ap. 1º del precepto, sino a una especificación concreta de la regla general del mismo, para los casos en que se den esas omisiones en el cuestionario, con la indicada valoración (STS 12.04.2004 [RJ 2004, 2612]). [...] La sentencia de 29 de septiembre de 1986 (RJ 1986, 5200) se refiere a supuesto de ocultación de incapacidad laboral transitoria para decidir que se trata de cuestión que afecta y ha de ventilarse entre el tomador del seguro y la aseguradora, como aquí ha sucedido" (STS 31.12.2002 [RJ 2002, 3097]).

Debe tenerse en cuenta, a este respecto, las obligaciones impuestas a los responsables del tratamiento de datos personales por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Esta Ley prevé, además, una habilitación legal para el tratamiento de datos fundada en el cumplimiento de una obligación legal exigible al responsable, para los datos, documentos e informaciones de

carácter reservado que obren en poder de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de conformidad con lo previsto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

El artículo 90 debe conectarse, además de con los límites contractuales del seguro en cuestión, con la prohibición contenida en el párrafo 4 del artículo 83 LCS, para el caso de asegurado menor de 14 años –en cuyo caso el contrato será nulo por falta de un elemento esencial del contrato y podrá hacerse valer a instancia de cualquiera de los intervinientes. Sin embargo, cuando el error en la indicación de la edad no afecte a los límites establecidos en el contrato de seguro, ni asegurador, ni tomador, ni asegurado tendrán derecho de rescisión unilateral del contrato. En cualquier caso, y por aplicación del artículo 2 LCS, la regla del artículo 90 LCS puede ser derogada en beneficio del asegurado.

4) La prima en los seguros de vida

En los seguros de vida, la prima se calcula técnicamente sobre la base de tablas de mortalidad y se rige por tarifas oficialmente aprobadas. Dado que la prima es constante a lo largo de toda la duración del contrato, ésta no se ajusta a la curva de riesgo, que aumenta conforme transcurre el tiempo del seguro y se acerca la muerte del asegurado o la edad o fecha prevista para la entrega del capital o renta. De ahí que el cálculo de la prima se haga de manera que los primeros años el riesgo queda cubierto con exceso por el seguro para que los excedentes de prima capitalizados y adecuadamente invertidos puedan compensar en un futuro el defecto de prima que forzosamente se producirá al aumentar el riesgo con el tiempo y permanecer la prima invariable. Esos excedentes de prima, que están destinados a cubrir riesgos futuros, van formando la llamada "reserva o provisión matemática" de cada contrato de seguro. Por ello se dice que la ciencia actuarial, sobre la que descansa el contrato de seguro, se ocupa de poner precio al riesgo asegurado. Ese precio depende de la probabilidad de que el evento ocurra.

En cualquier caso, en el seguro de vida para caso de muerte, para que exista provisión matemática es necesario que exista un seguro a plazo –de duración superior al año– y que la prima esté nivelada –en lugar de responder cada anualidad al riesgo efectivo de muerte que tiene la persona según su edad, se distribuye uniformemente entre los años del seguro. Aquí, la provisión matemática resultará de la diferencia entre el total de las primas abonadas y la parte de prima consumida por el riesgo de muerte de cada año, teniendo en cuenta la capitalización que se obtiene de este dinero tras invertirlo anualmente. En el caso del seguro de vida para caso de vida o de sobrevivencia, la provisión matemática se corresponde con las primas que el tomador ha abonado más la rentabilidad obtenida de invertir esas primas.

a) Impago de la prima y reducción de la póliza

El artículo 94 LCS establece el principio general de que el asegurado debe conocer en todo momento el valor de rescate o de reducción de la suma asegurada y la exigencia de que los derechos de reducción y de rescate se regulen en la póliza.

La LCS recoge en el artículo 95 el principio de la reducción de la póliza, y no el de la rescisión del contrato de seguro, por impago de la prima, cuando aquél ha estado vigente durante un cierto tiempo. De modo que, una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no puede ser superior a dos años desde la vigencia del contrato, la falta de pago de la prima producirá la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza. Lo mismo ocurrirá cuando lo solicite el tomador, una vez transcurrido aquel plazo. El tomador puede rehabilitar la póliza, en cualquier momento, antes del fallecimiento del asegurado, cumpliendo las condiciones establecidas en la póliza.

La reducción, como alternativa a la extinción o suspensión del contrato, permite que el seguro continúe en vigor por el menor capital que corresponda a la provisión matemática, de acuerdo con la tabla de valores de reducción de las que al efecto se acompañan las pólizas. De este modo, la provisión matemática pasa a funcionar como prima única para la duración del seguro.

Dentro del ámbito del seguro de vida se distingue, por lo dispuesto en los artículos 14 y 15 LCS, entre prima única –o primera prima pagadera, salvo pacto en contra por anticipado al inicio de la cobertura– y las primas periódicas –pagaderas al vencimiento–. En la práctica aseguradora se suele mantener la anualidad de la prima en el seguro de vida, permitiéndose convenir el pago fraccionado de la prima con un recargo del 2, 4 ó 6% dependiendo de si el fraccionamiento de la prima es semestral, trimestral o mensual, respectivamente.

Cabe distinguir a este respecto las primas fraccionarias, que son las que corresponden a un riesgo inferior al anual, de las primas fraccionadas, que resultan de la división de la prima anual en períodos cronológicos. Así, el Tribunal Supremo ha admitido la liberación del asegurador por impago consecutivo por parte del tomador de los recibos trimestrales correspondientes a dos primas consecutivas del seguro (STS 9 marzo 1996 [RJ 1996/1938]).

La reducción de la póliza implica una novación del primitivo contrato de seguro en lo que se refiere a la cuantía de la prestación del asegurador y en el deber originariamente asumido por parte del tomador del seguro. La póliza, en virtud de esta novación, pierde su carácter sinalagmático y pasa a ser una póliza liberada –en la práctica aseguradora, puede incluso sustituirse la primitiva póliza por una nueva por el importe del nuevo capital asegurado.

Reducida la póliza del seguro, ya sea como consecuencia del automatismo legal por impago de primas, ya sea a solicitud expresa del tomador, el tomador dispone del derecho de rehabilitación de la póliza, que por aplicación del artículo 4 LCS habrá de ejercitarse antes de que ocurra el evento dañoso previsto y antes de que haya lugar a la extinción del contrato de seguro –6 meses desde el vencimiento de la prima, de acuerdo con el artículo 15 LCS. Para ello será

suficiente el pago de las primas atrasadas, si bien algunas aseguradoras exigen intereses de demora –lo que no suelen exigir en ningún caso es un nuevo reconocimiento médico.

b) Rescate de la póliza

En analogía con la reducción del seguro está la institución del rescate de la póliza, que otorga a la parte contratante del seguro la facultad de denunciar el contrato, percibiendo del asegurador el importe de la reserva matemática correspondiente a dicho contrato. Se trata de una rescisión unilateral que efectúa el tomador del seguro. El artículo 96 LCS reconoce la facultad de rescate al tomador que haya pagado las dos primeras anualidades de la prima a la que corresponda el plazo inferior previsto en la póliza (en puridad debería decir "al tomador que haya pagado las dos primeras anualidades o la que corresponda al plazo inferior previsto en la póliza"). Y la forma de ejercitar ese derecho es mediante la oportuna solicitud, conforme a las tablas de valores fijadas en la póliza.

El rescate, a diferencia de la reducción del seguro, que puede operar sin que concurra la voluntad expresa del tomador, requiere, en todo caso, una declaración unilateral de voluntad del tomador. Se trata de una declaración recepticia, no precisa del consentimiento de la aseguradora, quien vendrá obligada a satisfacer el valor de rescate de la póliza a petición del tomador. La solicitud de rescate no requiere formalidad alguna por tanto, si bien ha de ser expresa –la declaración presunta sólo opera para la reducción de la póliza prevista en el artículo 95 LCS–, y puede hacerse tanto oralmente como por escrito.

El valor de rescate habrá de calcularse en el momento de efectuar la solicitud el tomador. Toda cláusula contraria a este criterio favorable para el tomador habrá de ser considerada como limitativa, conforme al artículo 3 LCS. A falta de previsión en el artículo 96 LCS de plazo de ejercicio del derecho de rescate, habrá que entender aplicable el de 40 días, conforme al artículo 18 LCS. Y, transcurridos tres meses sin recibir el montante del valor de rescate, habrá que aplicar el artículo 20 LCS a los efectos de aplicar el interés sancionador. Una vez satisfecho ese montante al tomador o al beneficiario, se produce la extinción del contrato, sin que pueda ser objeto de rehabilitación.

c) Anticipos sobre las pólizas

Siguiendo la práctica aseguradora en el ámbito del seguro de vida, el art. 97 LCS reconoce el derecho del tomador de demandar anticipos sobre la prestación asegurada, conforme a las condiciones fijadas en la póliza, una vez pagadas las anualidades a las que se refiere el artículo anterior.

Las aseguradoras conceden anticipos a cuenta de la suma asegurada de altos porcentajes –hasta el 90%– del valor de rescate que corresponda a la póliza en el momento del anticipo.

A pesar de la terminología que en algunos casos las aseguradoras emplean para referirse a los anticipos –préstamo–, no es ésta su naturaleza, por cuanto el anticipo se hace *solvendi causa*. Se trata de pagos parciales a cuenta de la suma asegurada, de ahí que las aseguradoras se reserven la facultad de deducir las cantidades anticipadas de cualquier pago que deban hacer por virtud del seguro. El anticipo supone una alternativa a la reducción y al rescate y son excluyentes entre sí.

El anticipo, al igual que ocurre con el rescate, requiere una declaración unilateral de voluntad del tomador puede hacerse tanto oralmente como por escrito.

También aquí será de aplicación el plazo de 40 días previsto en el artículo 18 LCS para cumplir la prestación el asegurador. En la práctica, el anticipo se efectúa entregando el asegurador al tomador el dinero en efectivo, o librándole un cheque, o haciéndole una transferencia bancaria, firmándose a su vez recibí del anticipo y entregando al asegurador el original de la póliza del concreto contrato de seguro, imposibilitando de este modo la cesión y la prenda de la misma.

El anticipo mantiene la vigencia del seguro y no entraña, a diferencia de lo que ocurre con el rescate, la revocación del beneficiario, si bien sus expectativas económicas se ven disminuidas por el importe del montante anticipado al tomador.

El juego natural de los derechos de reducción, rescate y anticipos está en los seguros de vida para caso de muerte y en los mixtos. El art. 98 LCS excluye estos derechos en los seguros de sobrevivencia y en los temporales para caso de muerte.

La razón de esta exclusión hay que buscarla en la necesidad de mantener la aleatoriedad del riesgo en el seguro y en el hecho de que la técnica actuarial para los seguros en cuestión reposa en la probabilidad, basada en tablas de mortalidad, de que no todos los aseguradores sobrevivan –en los seguros de sobrevivencia–, o mueran –en los temporales para caso de muerte– al vencimiento del seguro, permitiendo al asegurador, en tal caso, utilizar la provisión matemática generada a su favor en esos contratos para pagar a los sobrevivientes o a los beneficiarios de los fallecidos, respectivamente.

5) Cesión y pignoración de la póliza

El último de los artículos que la LCS dedica al seguro de vida, el artículo 99, permite al tomador en cualquier momento ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya sido designado beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del beneficiario. El tomador deberá comunicar por escrito fehacientemente al asegurador la cesión o pignoración realizada.

El precepto no distingue ni entre las clases de seguro ni entre las distintas formas de hacer efectiva la prima por parte del tomador.

La póliza se configura como título de legitimación que permite que circule el derecho del titular sin tener que sujetarse a las específicas reglas de la cesión de créditos –arts. 347 y 348 CCo–, si bien con sus mismos efectos, pudiendo el asegurador oponer al cesionario las mismas excepciones personales que tenga contra el cedente –artículo 9 LCS. La cesión también puede hacerla, una vez ocurrido el siniestro, el beneficiario o el propio tomador, si bien ya no se habrá transmitido un derecho de crédito sino un derecho ya vencido, actual.

La cesión de la póliza transmite al adquirente los derechos derivados de ésta, y el único supuesto legal limitativo de la facultad de cesión que se le reconoce al tomador es el de la designación irrevocable del beneficiario, que necesitará la anuencia de éste para su transmisión. La cesión sin este consentimiento sería nula y el pago del asegurador no será liberatorio si conocía dicha designación con carácter irrevocable.

La cesión exige, por aplicación de las reglas generales de la cesión de créditos, comunicación al asegurador –en la práctica por vía notarial–, y debe completarse conforme a las reglas de emisión de la póliza. En este sentido, si la póliza es nominativa, junto con la entrega al adquirente habrá de sustituirse el nombre del tomador por el del adquirente o emitir una nueva póliza, si así se ha convenido con el asegurador. En el caso de póliza a la orden, podrá transmitirse mediante el endoso, designándose como endosatario al nuevo adquirente. Por último, en caso de que la póliza se haya extendido al portador –supuesto infrecuente en la práctica–, bastará la mera entrega de la póliza al adquirente para que éste quede legitimado.

La cesión de la póliza, al igual que la pignoración, implica la revocación de la designación del beneficiario pura y simple, y transmite al adquirente todos los derechos inherentes a la póliza.

La pignoración de la póliza no transmite los derechos del tomador del seguro, sino que le permiten garantizar al deudor el pago de su deuda con el capital o suma asegurada. La prenda de la póliza cumple así una función crediticia para quienes únicamente cuentan como fuente de ingresos con su trabajo y no están en condiciones de ofrecer al acreedor las garantías reales clásicas.

Al igual que para la cesión, el único límite legal a la pignoración de la póliza por parte del tomador es la designación de beneficiario con carácter irrevocable, y, de igual modo que en caso de cesión de la póliza, éste habrá de prestar su consentimiento para la pignoración.

La pignoración de la póliza habrá de hacerse atendiendo al modo de emisión de la póliza. Si se ha emitido en forma nominativa, tendrá que hacerse constar en la póliza el concepto en el cual se traspasa la posesión de la póliza –prenda–

y designar al acreedor pignoraticio. Si se ha emitido a la orden, la transmisión de la posesión se hará mediante el endoso, que será un endoso en garantía –no permite transmitir los derechos de la póliza al endosatario– a favor del acreedor pignoraticio. Y, por último, si la póliza se ha emitido al portador, habrá que comunicar al asegurador el motivo de la transmisión e incluso hacerlo constar en la póliza para evitar la confusión con la cesión de la póliza. Una vez constituida la prenda de acuerdo con la naturaleza de la póliza, procede la comunicación al asegurador por medio de fedatario público –para que se desplieguen los efectos previstos en el artículo 1865 CC–, y evitar el pago de buena fe hecho por el asegurador.

El acreedor pignoraticio carece del derecho sobre la suma asegurada, así como del resto de los valores garantizados –reducción, rescate y anticipos. Sí tiene derecho a que se le comuniquen los impagos de la prima por parte del tomador del seguro, pudiendo satisfacerlas él –con miras a conservar sus derechos, incrementando el montante de la deuda garantizada– o realizar la prenda anticipadamente (arts. 1869, 1871 y 1872 CC).

El pago de la obligación garantizada extingue la prenda y, una vez hecha la correspondiente comunicación al asegurador, el tomador recupera el derecho de cesión de la póliza y de designar beneficiario. Si se produce la realización de la prenda sobre el derecho de rescate, el seguro se extinguirá. Y, finalmente, acaecido el siniestro, se satisfará la deuda al acreedor pignoraticio y el resto de la suma asegurada se distribuirá entre quienes tenga derecho a ella. Si el montante de la suma asegurada fuera insuficiente para pagar al acreedor pignoraticio, éste conserva el derecho al cobro del resto con esta condición de acreedor pignoraticio.

6) Pago de la suma asegurada por parte del asegurador

En los seguros de vida, como la suma asegurada en la que consiste la prestación del asegurador se fija anticipadamente –*a forfait*– con arreglo a criterios subjetivos, no existen problemas en relación con la liquidación del siniestro. Una vez producido el evento dañoso (muerte o sobrevivencia del asegurado), la suma asegurada o, en su caso, la renta debe entregarlas en su integridad el asegurador al beneficiario, quien tendrá que justificar el hecho determinante de la obligación de aquél.

5.6.4. Seguro de accidentes

Regulado en la Sección 3ª del título III de la LCS (arts. 100 a 104), en el seguro de accidentes el interés asegurado lo constituye la relación económica entre el asegurado y su propio cuerpo, tanto en cuanto bien material como en su aptitud para generar una ganancia económica. El art. 100 LCS considera: "accidente" la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

El Tribunal Supremo tiene declarado que "el evento dañoso se refiere a un proceso integrado por diversas fases que en tanto en cuanto no se completa su realización no se da el siniestro y así para que la lesión pueda ser calificada de accidente, a efectos de su asegura-

miento, ha de producir ya la invalidez, temporal o permanente, o la muerte del sujeto. Es decir, que no podrá hablarse de siniestro causante de indemnización si no se produce la invalidez o muerte" (STS 8 octubre 1999 [RJ 1999/7243]). Asimismo, es doctrina reiterada del Tribunal Supremo "de forma directa o por razonamiento contrario (*a contrario sensu*) –SS. 5 de marzo 1992 (RJ 1992, 2160), 13 de febrero (RJ 1996, 6873) y 19 de abril de 1996 (RJ 1996, 6922), 23 de octubre de 1997 (RJ 1997, 7336), 20 de junio de 2000 (RJ 2000, 5295), 5 de junio de 2001 (RJ 2001, 6669), 14 de noviembre de 2002 (RJ 2002, 9763), entre otras– que, si bien el infarto de miocardio no está comprendido en los supuestos del art. 100 LCS (salvo estipulación), sin embargo debe comprenderse dentro del seguro de accidente cuando tenga su génesis en una causa externa; y a tal efecto se ha tomado en consideración la causa inmediata consistente en la presión y el *stress* consecuencia del aumento del trabajo (S. 14 de junio de 1994 [RJ 1994, 4818]), el esfuerzo físico en el desarrollo del trabajo para el que se hallaba capacitado (S. 27 de diciembre de 2001 [RJ 2002, 3087]), y el esfuerzo y tensiones en el desempeño del trabajo (S. 27 de febrero de 2003)".

STS 11 noviembre 2003 (RJ 2003/7522)

El párrafo segundo del art. 100 LCS extiende al seguro de accidentes las disposiciones contenidas en los artículos 83 a 86 del seguro de vida y en el párrafo 1 del artículo 87. La remisión al artículo 83 busca resolver las cuestiones que se plantean cuando tomador y asegurado son personas diferentes en el seguro de accidentes. La existencia de interés se presume en el seguro de accidentes cuando tomador y asegurado son la misma persona, pero, cuando esto no ocurre, la LCS quiere que, al igual que ocurre en el seguro de vida para caso de muerte, la persona portadora del riesgo preste su consentimiento por escrito salvo que pueda presumirse de otro modo su interés por la existencia del seguro. La remisión al art. 84 pretende resolver los problemas que puedan plantearse en la designación del beneficiario, la forma y la falta de designación (art. 84 LCS), en la distribución de la indemnización en caso de pluralidad de beneficiarios (art. 86 LCS) y en la revocación de la designación del beneficiario (art. 87.1 LCS). Y ello porque, en el seguro de accidentes, la figura del beneficiario es especialmente significativa cuando del accidente resulta la muerte del asegurado.

El seguro de accidentes puede contratarse como modalidad del seguro colectivo o de grupo contratado por los empresarios a favor de sus trabajadores en concepto de mejora complementaria de la Seguridad Social. Ahora bien, a pesar de tener un régimen jurídico diferenciado del de los accidentes de trabajo y quedar sometido, por tanto, a lo dispuesto en la LCS, la interpretación en estos supuestos de los artículos 100 a 104 LCS corresponde a la jurisdicción laboral, y esta interpretación no siempre coincide con la dada por la jurisdicción civil.

Dentro de los seguros de accidentes, el seguro de ocupantes se presenta con plena sustantividad e independencia de cualquier otra modalidad de seguro, y en particular del seguro de responsabilidad civil.

El Tribunal Supremo ha declarado que:

"La sentencia de 27 de julio de 1996 (RJ 1996, 6406) declara que el seguro de ocupantes obedece a una finalidad y principios distintos de los que rigen el seguro de responsabilidad civil y ocurrido el evento asegurado, la entidad aseguradora viene obligada al pago de la indemnización pactada sin que tal obligación dependa de una previa declaración de responsabilidad del tomador del seguro, como ocurre en los seguros de responsabilidad civil y habiéndose producido el fallecimiento del conductor, la sentencia concede la indemnización al hijo del mismo, que resultó muerto por el accidente, al proceder la aplicación de la póliza y tratarse de siniestro y cubierto por la misma".

STS 30 septiembre 2005

Por su parte, la responsabilidad civil del conductor de vehículos de motor por daños causados a las personas o en los bienes se regula en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la circulación de vehículos a motor.

En el caso de daños a las personas, de esa responsabilidad sólo quedará exonerado cuando pruebe que los daños fueron debidos únicamente a la conducta o la negligencia del perjudicado o a fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo; no se considerarán casos de fuerza mayor los defectos del vehículo ni la rotura o fallo de alguna de sus piezas o mecanismos. La contratación del seguro es obligatoria para todo propietario de vehículos de motor que tenga su estacionamiento habitual en España, salvo que sea concertado por cualquier persona que tenga interés en el aseguramiento, que deberá expresar el concepto en el que contrata.

También dentro de los seguros de accidentes, y como modalidad especial, se encuentra el seguro obligatorio de viajeros, cuyo régimen jurídico está contenido fundamentalmente en el Reglamento del Seguro Obligatorio de Viajeros, aprobado por el **Real Decreto 1575/1989, de 22 de diciembre**.

La **finalidad** de este **seguro de viajeros** es la de indemnizar –a ellos o a sus derechohabientes– de los daños corporales en accidente que tenga lugar con ocasión de desplazamiento en un medio de transporte público colectivo de personas. Este seguro no libera a las empresas transportistas, a los conductores de los vehículos o a terceros de la responsabilidad civil en la que, dolosa o culposamente, pudieran incurrir por razón del transporte de personas, ni las prestaciones satisfechas por razón de dicho seguro reducen el importe de la expresada responsabilidad.

En el seguro de accidentes, el tomador debe comunicar al asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. Ahora bien, el incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto (art. 101 LCS).

Para el caso de que el asegurado provoque intencionadamente el accidente, la Ley establece la liberación del asegurador del cumplimiento de su obligación. Si fuera el beneficiario quien causara dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a los herederos de éste (art. 102 LCS).

A este respecto, el Tribunal Supremo tiene declarado que:

"La imprevisión de dormir en lugar cerrado y con brasero encendido en modo alguno puede equipararse a intencionalidad directa, indirecta o eventual, ni a culpa con representación, ni a actuar consciente, so pena de pretender un actuar cuasi suicida, que en momento alguno se ha postulado; a lo más existiría una omisión de normas que, por no ser inexcusables o aconsejadas por la más vulgar experiencia, sólo pueden exigirse en contados casos, constituyendo mera imprudencia simple, que no anularía la obligación contraída por la aseguradora".

STS 9 noviembre 1990 (RJ 1990/8535)

En la práctica, las pólizas de los seguros de accidentes, al margen de la cobertura de determinados riesgos con una sobreprima, como ocurre con la práctica de determinados deportes peligrosos o con la participación en determinadas competiciones o carreras, suelen excluir de su cobertura los causados en duelos y peleas, tumultos populares, terremotos etc.

Los dos últimos preceptos que regulan el seguro de accidentes prevén, de una parte, la obligación del asegurador de abonar los gastos de asistencia sanitaria cuando se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y efectuado en las condiciones previstas en el contrato –que no puede excluir las de carácter urgente– (art.103 LCS). Por otra parte, se establece que la determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, tal y como se prevé en la Ley (art.104 LCS).

En relación con el abono de los gastos de asistencia sanitaria por parte del asegurador a la Seguridad Social cuando la asistencia ha sido prestada por ésta, si bien existen criterios contradictorios por parte de las audiencias provinciales, la doctrina se muestra partidaria de su satisfacción.

5.6.5. Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria

La regulación de estos seguros en la LCS es sucinta: dos artículos, el 105 y 106 LCS. El art. 105 LCS establece, para cuando el riesgo asegurado sea la enfermedad, que el asegurador puede obligarse, dentro de los límites de la póliza, en caso de siniestro, al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia médica y farmacéutica. Si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan. El seguro de enfermedad, en la modalidad de asistencia sanitaria, ha tenido en los últimos años un auge creciente en parte provocado por la masificación en la Seguridad Social, mientras que, en su modalidad restringida, es decir, en la modalidad de pago de determinadas cantidades a tanto alzado o de indemni-

zaciones de los gastos médicos o de ambas prestaciones, ha tenido en nuestro país escasa difusión. El seguro de enfermedad trata de cubrir las consecuencias económicas previstas en el contrato que derivan de la enfermedad.

La enfermedad, además de los gastos de asistencia sanitaria, puede causar al asegurado un daño económico tanto por la alteración de salud de su cuerpo (daño emergente), dado que es posible atribuir un valor económico a la salud, como por la pérdida de la capacidad económica de aquél (lucro cesante).

En la práctica, estos seguros en los que se acostumbra a declarar sus indemnizaciones compatibles con las prestaciones de los seguros de asistencia sanitaria comprenden las siguientes indemnizaciones: **a)** por intervención quirúrgica calculada conforme al baremo que figura en la póliza, **b)** diaria por hospitalización consecuencia de la intervención quirúrgica (la cantidad diaria figura en la póliza y hasta un máximo de 120 días), **c)** diaria por hospitalización por cualquier caso (hasta un máximo de 365 días), y **d)** diaria por incapacidad temporal total (hasta un máximo de 365 días) mientras el asegurado por su enfermedad o accidente no pueda desempeñar sus ocupaciones profesionales o domésticas.

A este respecto, cabe señalar que el Tribunal Supremo tiene declarado que "[...] la S 25-1-1991 (RJ 1991/178), dictada en interés de ley, y por la reciente S 19-7-1991 (RJ 1991/6836) que lo fue en unificación de doctrina. Esta última sentencia reitera la doctrina de la Sala en los siguientes puntos: 1) La enfermedad profesional debe considerarse (sin distinción entre las comprendidas en el art. 84.2.e o en el art. 85 LGSS) como accidente de trabajo a efecto de cobertura en un seguro colectivo de trabajadores asalariados «en tanto no se haga una exclusión expresa en el contrato (de seguro)» (Sentencia del Tribunal Supremo 12-3-1986); 2) La diferencia entre la enfermedad profesional del art. 84.2.e y la «listada» del art. 85 LGSS no afecta a aspectos esenciales del régimen jurídico, sino a determinados aspectos accesorios, como el de la prueba del nexo causal lesión-trabajo, que es necesaria en el supuesto del art. 84.2.e LGSS, y no lo es, por el juego de una presunción legal, en las enfermedades profesionales del art. 85 LGSS (STS 19-5-1986); y 3) La equivocidad y oscuridad de una cláusula contractual en un contrato de adhesión, como suele ser el contrato de seguro, no debe beneficiar a la entidad aseguradora (a la que es exigible claridad y precisión en sus formularios o impresos), sino al asegurado (Sentencias del Tribunal Supremo 12-3-1986 y 19-5-1986; con cita de doctrina de la Sala primera, recogida entre otras en la S 12-5-1983 [RJ 1983/2685])."

STS 28 enero 1992 (RJ 1992/130)

El art. 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social establece: "Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional".

Por su parte, el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, recoge las siguientes:

Grupo 1. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2. Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4. Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

Grupo 5. Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

Grupo 6. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

El art. 106 LCS somete los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria a las normas del seguro de accidentes en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros. A diferencia de lo que ocurre con lo establecido en el art. 102.2 LCS al remitirse a determinados artículos del seguro de vida aplicables al seguro de accidentes, el artículo 106 LCS hace una remisión genérica cuya única limitación para su aplicabilidad es la compatibilidad con el seguro de enfermedad.

Los artículos 100 a 104 LCS, que son los que contienen la regulación del seguro de accidentes, no parecen aplicables a los seguros de enfermedad. Las normas sobre el seguro de vida a las que, a su vez, se remite el art. 102.2 LCS para el seguro de accidentes están pensadas para el fallecimiento del asegurado, hipótesis que cae fuera de la cobertura del seguro de enfermedad. El art. 101 LCS, referido a la pluralidad de seguros, sí resulta aplicable, si bien, para el caso de seguro de asistencia sanitaria, el cúmulo de seguros no perjudica al asegurador dada la imposibilidad de asistencia sanitaria duplicada, a excepción de la consulta con varios médicos para seguir el tratamiento que el asegurado considere más adecuado. También es de aplicación el art. 104, sobre determinación del grado de invalidez, cuando el seguro de enfermedad cubra esta eventualidad. El art. 102 LCS, que prevé las consecuencias de la provocación del siniestro por parte del asegurado, no resulta de aplicación, si bien, por virtud del art. 19 LCS, el asegurador quedará liberado si concurre mala fe del asegurado, por ejemplo no siguiendo el tratamiento o manteniendo una actitud perjudicial para su salud. Por último, el art. 103 LCS, para los gastos de asistencia sanitaria, resultará aplicable únicamente en lo que respecta a la asistencia sanitaria de carácter urgente.

Resumen

Los contratos aleatorios son aquellos en los que las partes quedan obligadas a una prestación, pero la cuantía de la misma depende de hechos futuros cuya ocurrencia no depende de la voluntad de las partes. Así, en los contratos de alimentos y de renta vitalicia, una parte, que recibe unos bienes o dinero, se compromete a alimentar y vestir o a pagar una renta a favor de otra durante la vida de ésta. La prestación del deudor puede acabar siendo superior o inferior al montante de los bienes/dinero recibidos. En el juego o azar una parte perderá su dinero si no gana el juego o si la apuesta resulta fallida. En el contrato de seguro, el tomador paga una cantidad por precaverse frente a un riesgo, que puede que nunca se materialice o puede que lo haga en una cuantía inferior o superior a la prima satisfecha. En estos contratos no existe una idea o requisito de "equivalencia de prestaciones".

En el contrato de seguro hay que diferenciar los seguros de daños, en los que se indemniza una pérdida patrimonial perfectamente cuantificable, de los seguros de personas, en los que se indemniza un daño personal con una cuantía alzada. En aquéllos la cuantía a pagar se determina en función del daño patrimonial efectivo, y en éstos ya está prefijada en el contrato. La Ley de contrato de seguro realiza una regulación de una serie de seguros de daños y de personas que son los más comunes en la práctica.

Actividades

1. Leed la STS 30 enero 1995 (RJ 1995/180), sobre las obligaciones derivadas del juego de azar realizado en un casino autorizado.
2. Leed las SSTS 16 octubre 2000 y 29 enero 2019, relativas a cláusulas limitativas en el contrato de seguro.
3. Considerad si es lesiva, limitativa o delimitadora la cláusula de un seguro de responsabilidad civil en la que no se cubren los daños causados a los usuarios de la barraca de feria; siendo el tomador una barraca de feria cuya atracción consiste en que los usuarios se monten en una barra que simula un "toro bravo" y el conductor de la barraca tiene que tirar al suelo (equipado con amortiguación) a los usuarios.
4. Leed las SSTS 14 julio 2005 y 22 mayo 2014, relativas a las causas que justifican que el asegurador no pague en los plazos fijados las indemnizaciones debidas.
5. Valorad si, en un seguro de retirada del carnet de conducir, el hecho de haberse retirado el carnet al asegurado por conducir bajo los efectos del alcohol eximiría a la compañía de su deber de indemnizar (alegando que el siniestro se produjo por dolo/culpa grave del asegurado). Ved SAP-Vizcaya (Sección 4.^a), de 6 abril de 2005 (AC 2005/1479) frente a SAP-Lugo (Sección 2.^a) de 28 mayo de 2002 (JUR 2002/191442).
6. Leed la STS 26 marzo 1997 (RJ 1997/1864) y la STC 29 junio 2000 (RTC 2000/181), relativas al baremo obligatorio en los accidentes causados por vehículos de motor.
7. Leed la STC 24 febrero 1994 (RTC 1995/559), sobre interpretación del art. 92 LCS, que sanciona al beneficiario que causa dolosamente la muerte del asegurado.
8. Leed las SSTS 25 enero 1991 (RJ 1991/178), dictada en interés de ley, y 19 julio 1991 (RJ 1991/6836), en unificación de doctrina sobre enfermedad profesional.
9. Leed la STS 12 abril 1993 (RJ 1993/2993), acerca de cómo la ausencia de oposición por parte del asegurado a la concertación del seguro presume la existencia de interés en la contratación del seguro.

Ejercicios de autoevaluación

1. ¿Puede el deudor en un contrato de alimentos reducir la prestación que venía realizando, demostrando que ha venido a peor fortuna y que ya no puede mantener el mismo nivel de alimentos, ropa y vivienda que el que mantenía hasta ahora a favor del alimentista?
2. Juan ha perdido en un juego de cartas 6.000 euros. ¿Está obligado a pagarlos?
3. Al contratar un seguro de automóviles, el tomador declara que el conductor habitual es él mismo, si bien a menudo lo va a conducir su hijo, que se sacó el carnet hace sólo unos meses (la prima es mucho mayor cuando el conductor habitual es persona con menos de dos años de antigüedad del carnet). Al cabo de un tiempo, conduciendo el hijo tiene un accidente. ¿Podrá negarse la compañía al pago?
4. En un seguro obligatorio de automóviles celebrado por un año, renovable a su vencimiento, el 30-9-2009, el tomador no ha satisfecho la prima del siguiente año. El día 2-10-2009 tiene un accidente, causando daños a un tercero, y el día 3-10-2009 paga la prima. ¿Está obligada la compañía aseguradora al pago de los daños causados?
5. Un conductor atropelló a un peatón en un paso de cebra, causándole lesiones, de las que ha tardado en curarse 200 días, quedándole como secuela una pequeña cojera. La compañía de seguros no pagó cantidad alguna hasta que pasaron los 200 días, alegando que no estaban consolidadas las secuelas ni determinado el periodo de lesiones. ¿Podrá pedir el perjudicado intereses de demora?
6. Una vivienda valorada en 500.000 € (valor del continente, de la casa o construcción en sí, no del mobiliario) se ha asegurado por 600.000 €. Ha ocurrido un incendio que la ha reducido a cenizas. ¿Cuánto pagará la compañía aseguradora?
7. Un peatón que ha sido atropellado por un vehículo, por culpa del conductor, ha sufrido una serie de daños personales. Para reclamarlos, ¿debe dirigirse contra el conductor y contra la aseguradora a la vez? ¿Puede accionar sólo frente a la aseguradora? ¿Puede accionar sólo frente al conductor?

8. Una persona fallece teniendo contratado desde hace dos años un seguro de vida en el que omitió declarar, sin dolo o culpa grave, que padece una enfermedad relacionada con el tiroides que le produce hipertensión. ¿Tiene relevancia esa omisión? ¿Qué pasaría si la omisión fuera dolosa?

9. ¿Puede el infarto ser considerado como accidente?

Solucionario

Ejercicios de autoevaluación

1. Depende de lo que se haya pactado en el contrato, pues pueden haberse previsto las consecuencias de este tipo de sobreenvenidos. Si no se ha dicho nada, podrá reducir la prestación si la que pretende mantener ahora es una situación media o digna según la realidad social.
2. Si el juego de cartas se practicó en un casino o lugar autorizado al efecto, que organiza este tipo de juegos, sí estará obligado. En otro caso no estará obligado, pero si paga luego ya no puede recuperar lo pagado alegando que no lo debía.
3. Conforme a la Ley, habiendo ocultado dolosamente el padre tal información, el asegurador no debe indemnizar. Ahora bien, si la compañía no puede demostrar que el conductor habitual es el hijo (una cosa es que condujera el día del accidente, y otra que sea conductor habitual), suele aplicarse una regla proporcional: la compañía paga la indemnización en la misma proporción que existe entre la prima de seguro satisfecha y la que se debería haber pagado de haber declarado bien el riesgo.
4. Se trata de una prima única (el seguro se pacta por un año, y la prima es anual). Por lo tanto, no existe cobertura a partir del impago, y hasta las 24 horas siguientes al pago.
5. Sí podrá pedir intereses de demora. A los 40 días hay que pagar el mínimo que ya se pueda conocer, de forma que habría que satisfacer al menos por 40 días de baja y por los gastos ya satisfechos. La obligación de pago no era dudosa, aunque sí la cuantía, por lo que no cabe considerar justificada la falta de pago.
6. Se trata de un caso de sobreseguro (salvo que exista pactada una póliza estimada). Pagará 500.000 €. El tomador podría pedir que le devuelvan el exceso de prima pagado (esto es, lo que ha pagado por encima de lo que le habría costado asegurar por 600.000 €). Si se pactó póliza estimada, hay que pagar los 600.000 €.
7. Se trata de una obligación solidaria. Puede accionar contra los dos, o contra cualquiera de ellos. No existe litisconsorcio pasivo necesario.
8. De acuerdo con el art. 10 LCS al que se remite el art 89 LCS, al faltar dolo o culpa grave de la parte tomadora en la contratación de la póliza, en caso de fallecimiento habrá que reducir proporcionalmente el importe que hubiera correspondido a aquella con relación al capital a percibir. Si la omisión fuere dolosa o con culpa grave, el asegurador quedará liberado.
9. De acuerdo con la doctrina del Tribunal Supremo, si bien el infarto de miocardio no está comprendido en los supuestos del art. 100 LCS (salvo estipulación), sin embargo debe comprenderse dentro del seguro de accidente cuando tenga su génesis en una causa externa. A tal efecto se ha tomado en consideración la causa inmediata consistente en la presión y el estrés consecuencia del aumento del trabajo (STS 14 junio 1994 [RJ 1994/4818]), el esfuerzo físico en el desarrollo del trabajo para el que se hallaba capacitado (STS 27 diciembre 2001 [RJ 2002/3087]), y el esfuerzo y tensiones en el desempeño del trabajo (STS 27 febrero 2003). Todo ello se recoge en la STS 11 noviembre 2003 (RJ 2003/7522).

Glosario

contratos aleatorios Aquellos en los que la cuantía de la prestación, su misma existencia o algunas de sus características dependen por completo de la suerte.

contrato de alimentos Negocio en virtud del cual una de las partes, el alimentante, se compromete a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a otra, llamada alimentista, durante la vida de ésta, y todo ello a cambio de la transmisión de unos bienes o derechos.

contrato de renta vitalicia Contrato que obliga al deudor a pagar una pensión o rédito durante la vida de una o más personas, recibiendo a cambio un capital en bienes muebles o inmuebles.

contrato de seguro 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. Cobertura recíproca de una necesidad pecuniaria fortuita, y valorable en dinero, por parte de personas sometidas a riesgos del mismo género.

juego y apuesta Contratos que consisten en obligarse a pagar si se pierde un juego o una apuesta realizada a favor de un hecho azaroso.

principio indemnizatorio Principio conforme al cual el contrato de seguro no puede suponer un enriquecimiento injustificado para el asegurado, de forma que nunca llegue a percibir una cantidad superior al daño realmente sufrido.

reducción de la póliza Alternativa a la extinción o suspensión del contrato de seguro que permite que el seguro continúe en vigor por el menor capital que corresponda a la reserva matemática.

rescate de la póliza Denuncia del contrato por parte del tomador, quien percibe del asegurador el importe de la reserva matemática correspondiente a dicho contrato.

reserva matemática Excedentes de prima capitalizados y adecuadamente invertidos que se destinan a cubrir riesgos futuros.

riesgo Posibilidad de que acaezca el evento dañoso asegurado.

suma asegurada Es el valor que se fija, por acuerdo de las partes, como cuantía del interés –en los seguros de daños– o como suma a pagar –en los seguros de personas.

tomador Contraparte del asegurador en el contrato de seguro, que asume las obligaciones de declaración del riesgo y de pago de la prima.

Bibliografía

Badenas Carpio, J. M. (1995). *La renta vitalicia onerosa: estudio jurisprudencial y breve ensayo doctrinal*. Pamplona: Aranzadi.

Bataller Grau, J.; Veiga Copo, A. B. (dirs.) (2014). *La protección del cliente en el mercado asegurador*. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Civitas.

Boquera Matarredona, J.; Bataller Grau, J.; Olavarría Iglesia, J. (coords.) (2002). *Comentarios a la Ley de contrato de seguro*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Echevarría de Rada, T. (1996). *Los contratos de juego y apuesta*. Barcelona: Bosch.

Girgado Perandones, P. (dir.) (2018). *El contrato de seguro y su distribución en la encrucijada*. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Aranzadi.

Mesa Marrero, C. (2006). *El contrato de alimentos: régimen jurídico y criterios jurisprudenciales*. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi.

Muñoz Paredes, M. L. (2018). *El deber de declaración del riesgo en el seguro*. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Aranzadi.

Núñez Zorrilla, M.ª; del C. (2003). *El contrato de alimentos vitalicio: configuración y régimen jurídico*. Madrid / Barcelona: Marcial Pons.

Reglero Campos, Luis (coord.) (2007). *Ley de Contrato de Seguro: jurisprudencia comentada*. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Aranzadi.

Sánchez Calero, Fernando (dir.) (2010). *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Aranzadi.

Valpuesta Gastaminza, E.; Pablo-Romero Gil-Delgado, C.; Torrubia Chalmeta, B. (2007). "Contratos del mercado asegurador". En: J. M.ª; de la Cuesta Rute (dir.); Valpuesta Gastaminza, E. (coord.). *Contratos mercantiles* (vol. III, págs. 489-695). Barcelona: Bosch.

