

ÍNDICE
PRIMERA PARTE

1.- La contratación de la póliza:

- 1.1 ¿Quién puede contratar?
- 1.2 La compra directa a la Aseguradora
- 1.3 La compra por medio de la Banca-Seguros
 - 1.3.1 Seguros de vida a prima única para la amortización de préstamos.
- 1.4 La contratación a distancia.
- 1.5 La compra por medio del Agente (Exclusivo o Vinculado)
- 1.6 La compra por medio del Corredor de Seguros.

2.- El proposición y la solicitud de seguro.

- 2.1 Diferencia
- 2.2 La obligación de respuesta
- 2.3 La Regla de Equidad.
- 2.4 ¿Cobertura?

3.- La formalización de la póliza y el pago de la prima.

- 3.1 El efecto de la póliza y el pago de la prima.
- 3.2 La prima fraccionada.
- 3.3 El Contenido de la Póliza
- 3.4 Verificación de los datos.
- 3.5 Coberturas y Cláusulas.
 - 3.5.1 Cláusulas limitativas y cláusulas delimitadoras.
 - 3.5.2 Compensación de capitales
 - 3.5.3 Derogación de la regla proporcional
 - 3.5.4 Formas de Aseguramiento: Valor real, valor de nuevo y valor de reposición.
 - 3.5.5 El enriquecimiento injusto.
 - 3.5.5.1 Especial mención al Valor Venal en el Seguro del Automóvil
 - 3.5.6 Seguro a primer riesgo.

- 3.5.7 Seguro a valor total
- 3.5.8 Seguro a valor parcial
- 3.5.9 La carencia y La franquicia

4.- La modificación de la póliza.

- 4.1 Agravación del riesgo.
- 4.2 Disminución del riesgo.
- 4.3 El vencimiento de la póliza y modificación de la prima.
- 4.4 Supresión de garantías al vencimiento.

5.- El siniestro.

- 5.1 El deber de salvamento
- 5.2 Comunicación.
- 5.3 Actuación de la Aseguradora. La peritación.
- 5.4 Los primeros cuarenta días.
- 5.5 Los tres meses
- 5.6 La liquidación del siniestro
 - 5.6.1 El rechazo por parte de la aseguradora
 - 5.6.2 Aplicación de las cláusulas, y en su caso de la regla proporcional, la franquicia y la regla de equidad. Orden de aplicación.
 - 5.6.3 Disconformidad con la indemnización por parte del Asegurado
 - 5.6.4 Conformidad con la indemnización
- 5.7 El seguro múltiple y coaseguro.
- 5.8 El pago al beneficiario. Los acreedores privilegiados.
- 5.9 Subrogación del asegurador.
- 5.10 Duración, prescripción y jurisdicción

6.- La transmisión del objeto asegurado.

7.- La rescisión de la póliza.

- 7.1 Antes del vencimiento
- 7.2 Al vencimiento.
- 7.3 El incumplimiento de los plazos por alguna de las partes.

SEGUNDA PARTE

1.- LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA.

1.1 ¿Quién puede contratar?

Lo primero que tendremos que plantearnos, al querer contratar un seguro es quién puede hacerlo y en nombre de quién.

Las figuras intervinientes en un contrato de seguro son:

La **ASEGURADORA**: Es la persona jurídica, Mutua o Compañía, que emite la póliza y asume los riesgos objeto del seguro, mediante el cobro de una prima.

El **TOMADOR**: Es la persona física o jurídica que suscribe el contrato con la Aseguradora, y al que le corresponde cumplir con las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban de ser cumplidas por el Asegurado y/o Beneficiario.

Entre otras cuestiones es por tanto el responsable del pago de la prima, de las comunicaciones con la Aseguradora, modificación y rescisión del contrato.

El **ASEGURADO**: Persona física o jurídica titular del interés asegurado y expuesto al riesgo, sobre la cual se establece el seguro. Persona amparada por el Seguro y a la que corresponde en su caso los derechos derivados de la póliza. En defecto del Tomador debe asumir las obligaciones de éste.

El **BENEFICIARIO**: La persona, física o jurídica, que previa cesión por el Tomador tiene derecho a percibir la indemnización o la prestación garantizada por la Aseguradora. En defecto del Tomador debe asumir las obligaciones de éste.

A efectos de fijar de una forma clara ambas figuras, pondremos un ejemplo muy típico en el sector asegurador para diferenciarlas, y es el caso del Abuelo (Tomador) que contrata un seguro de vida sobre su hijo (Asegurado) para que en caso de fallecimiento, su nieto (Beneficiario) finalice los estudios.

La contratación por tanto se podrá realizar por cualquier persona mayor de edad (o menor emancipado), y que reúna los requisitos necesarios para la realización de cualquier contrato, es decir, que tenga capacidad.

El Tomador del seguro puede contratar en nombre propio o por cuenta ajena, si es así, la Aseguradora solicitará indicar el concepto por el cual contrata, (propietario, arrendatario, arrendador, familiar...), no obstante en caso de duda se presumirá que el tomador ha contratado por cuenta propia.

1.2 La compra directa a la Aseguradora.

Una de las formas de compra de la póliza es la contratación de la misma directamente con la Aseguradora, como puede ser a través de ventanilla en cualquiera de sus oficinas.

Debemos de tener claro a que tipo de Aseguradora nos estamos dirigiendo si optamos por el sistema de compra directa, pues el hecho de que la Aseguradora nos venda el producto no quiere decir que el mismo sea más barato que si lo comprásemos a través de un mediador, y solo si contratamos a través de Aseguradoras especializadas en este tipo de venta podremos obtener un precio más económico al no repercutir en la prima los costes de mediación. No obstante, debemos de tener en cuenta que este tipo de Aseguradoras son competitivas para un producto y un segmento de mercado muy concreto y en cuanto nos salimos del perfil el precio suele dejar de ser competitivo.

El gran inconveniente que tiene la contratación en estas circunstancias, es la falta de asesoramiento por parte de un profesional especializado, tanto para la contratación, como para la tramitación del parte de accidente ante la

Aseguradora, ya que es muy importante un buen asesoramiento desde el primer momento en que se producen los daños, como se podrá observar posteriormente en el punto 5. El siniestro.

1.3 La compra por medio de la Banca-Seguros

En una gran mayoría de casos la venta del seguro se realiza por medio de nuestro Banco o Caja habitual y el motivo no es otro que la comodidad que nos proporciona el realizar la gestión de los seguros a la vez que compramos otra serie de productos; financieros, hipotecarios...etc. Si bien, en la mayoría de los casos no sabemos si el producto se adapta a nuestras necesidades, si está bien hecho, si es barato o caro, nos lo hacen en la entidad bancaria y presuponemos que todo está bien, hasta que se produce el siniestro y nos encontramos en muchos casos que determinadas coberturas no se han incluido, o que los capitales no se corresponden con la realidad, así en Continente existen póliza en las que se asegura la totalidad del valor del bien sin descontar el valor del terreno y en Contenido se asegura a tanto alzado, y a veces incluso lo que se ha asegurado no tiene nada que ver con el riesgo real –un despacho profesional con un seguro de hogar–.

También hay otra serie de casos, (mucho más habituales de lo deseado), en los que la Banca es la que intenta “*imponernos*” los seguros al contratar por ejemplo una hipoteca.

La Ley 26/2006, de Mediación de Seguros Privados prohíbe expresamente en el punto e) de su artículo 5 “***el imponer directa o indirectamente la celebración de un contrato de seguro***”, por tanto cuando una Entidad nos indique que dentro de los requisitos para poder realizar la hipoteca el solicitante debe de tener un seguro de vida hecho en la Aseguradora del propio Banco, está vulnerando la Ley de Mediación y por tanto sería denunciable, y cabe la posibilidad de anulación de la póliza sin que ello pudiese tener repercusión alguna para el cliente a la hora de la revisión hipotecaria.

La Banca se aprovecha de la extendida creencia de que existe obligación legal de constituir un seguro para poder obtener una hipoteca. Pero sin embargo, **no existe normativa legal alguna que imponga al prestatario hipotecario la contratación de un seguro de daños**, hay una referencia en la Ley 2/1981, de Regulación del Mercado Hipotecario, que indica en el artículo 8 que *“los bienes hipotecados habrán de estar asegurados contra daños por el valor de tasación, en las condiciones que reglamentariamente se determinen”*, y también el Real Decreto 682/1982 que desarrolla la Ley anterior, que en su artículo 30 indica *“los bienes sobre los que se constituya la hipoteca deberán contar con un seguro contra daños adecuado a la naturaleza de los mismos y en el que la suma asegurada coincida con el valor de tasación del bien asegurado, excluidos los elementos no asegurables por naturaleza”*. La obligación legal de que el bien hipotecado esté asegurado existe, lo que no implica que dicha obligación recaiga sobre el prestatario sino exclusivamente sobre el acreedor hipotecario, toda vez que, tanto la Ley como su Reglamento van dirigidas a las Entidades Financieras, a quienes la Ley permite que para su financiación, la emisión de préstamos hipotecarios o títulos, obligándoles en estos casos a asegurar los bienes hipotecados, para garantizar el valor del bien a los compradores de esos títulos, pero en ningún caso como una obligación imputable a los prestatarios en los casos de constitución de hipotecas para la financiación de su propia vivienda.

Aprovechándose por tanto del desconocimiento del cliente que ni se plantea si quiera que tenga obligación de abonar dicho seguro, hay Entidades, que incluso llegan a indicar en la propia escritura de la hipoteca que la revisión del euribor será distinta (más gravosa) en caso de que el seguro de la vivienda hipotecada no esté hecho en el momento de la revisión en una Aseguradora determinada, generalmente propiedad del Banco, o no se haya renovado el seguro de vida. Esta serie de prácticas como se ha indicado son ilegales, de hecho alguna Entidad ya ha cambiado las condiciones a la hora de la revisión de la hipoteca y pasa a indicar, que se deben mantener al menos cinco productos entre los indicados –nómina, domiciliación recibos, plan pensiones, productos financieros, tarjetas de crédito, e-cuenta, seguros– de esta forma evita la imposición exclusiva del seguro que se puede contratar en otra

Aseguradora distinta y seguir cumpliendo las condiciones para que no nos modifique el diferencial de la hipoteca.

Otra cláusula que puede aparecer en las escrituras de la hipoteca es la autorización a la Entidad de Crédito a suscribir un seguro en defecto del deudor, o bien que el deudor se obliga a mantener vigente un seguro de daños sobre el inmueble, concediendo al acreedor la facultad de contratarlo en su nombre en caso de no hacerlo el deudor, la duda que se plantea es si realmente hay consentimiento pleno por parte del tomador del seguro a todas las consecuencias que supone la contratación de un seguro.

Si bien, el tomador consiente en que se suscriba un seguro a su nombre en caso de no hacerlo él, puede no conocer las características del mismo, como la prima, riesgos cubiertos, sumas aseguradas, etc. Para evitar la nulidad de la cláusula sería recomendable señalar los elementos esenciales del seguro e informar de ellos al tomador, antes de la suscripción, para que éste pueda conocer sus derechos y obligaciones, pues de lo contrario podría producirse una comercialización inadecuada. En el momento de la contratación de la hipoteca es fácil dar esta información al tomador, bien haciéndolo constar en la escritura o entregándole el documento en la firma del préstamo. En caso de que la contratación sea posterior o durante la vida del préstamo porque el deudor dejase de tener el seguro, la entidad bancaria para actuar correctamente debe de informar bien directamente o a través del mediador, al tomador sobre el contrato que suscribirá en su nombre.

1.3.1 Seguros de vida a prima única para la amortización de préstamos.

La contratación de este seguro se suele comercializar; bien por la suma del importe del préstamo designando beneficiario a la entidad del crédito por el importe pendiente de amortizar y al beneficiario por la diferencia entre la suma asegurada y dicho importe o bien, se establece que la suma asegurada será igual al capital pendiente del préstamo, durante toda la vida de la operación y el beneficiario será el banco con carácter irrevocable, evidentemente en este seguro se debe de adjuntar un cuadro de amortización o de capitales

asegurados en cada año para que el asegurado conozca en todo momento el capital que tiene contratado en cada momento.

Estos seguros son exigidos por algunas entidades como garantía adicional para la concesión de créditos con determinadas características, a la que evidentemente no tenemos nada que indicar en cuanto a dicha exigencia pues el mercado es libre de exigir los requisitos que crea pertinente para la concesión del crédito, en lo que no estamos de acuerdo es que dicha Entidad nos obligue a contratar ese seguro bien constando ella como agente o directamente a través de su aseguradora, pues entiendo que incurría en la prohibición de la imposición indirecta ya comentada.

Una gran cantidad de créditos se cancelan de forma anticipada bien por pago del deudor o porque hemos cambiado de entidad y ésta no nos exige dicho seguro. Cuando se cancela el préstamo anticipadamente, el interés de la entidad de crédito desaparece, sin embargo el asegurado cuando intenta cancelar el contrato no se le devuelve la parte de prima no consumida o la provisión matemática, con lo que se produciría un enriquecimiento injustificado, que supone una actuación contraria a las exigencias del equilibrio y de la buena fe contractual, y a lo dispuesto en el 1258 de Código Civil: *“Los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento, y desde entonces obligan, no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a todas las consecuencias que, según su naturaleza, sean conformes a la buena fe, **al uso** y la ley”*.

Y precisamente es al uso, al que vamos a hacer referencia, pues cancelado el préstamo y no existiendo riesgo de impago para la entidad, la aseguradora en caso de que el contrato no establezca qué es lo que sucede cuando se produzca la cancelación anticipada, deberá devolverle la prima correspondiente al tiempo de cobertura no transcurrido o la provisión matemática. Así lo estipula la “Guía de buenas prácticas de transparencia en el Seguro” editada por la Asociación Empresarial del Seguro (UNESPA) que en su página web indica sobre las prácticas de transparencia en el canal banca-seguros que *“En seguros de vida vinculados a operaciones de financiación hipotecaria, el Tomador tendrá derecho a solicitar, en el caso de haberse*

producido una cancelación total y anticipada del préstamo, la devolución de la parte de prima o provisión que proceda”

Es frecuente que las pólizas incluyan cláusulas que determinen qué sucede en caso de cancelación anticipada, por lo que habrá que estar a lo que estipulen, lo habitual es que indiquen que para el caso de amortización se devolverá la prima no consumida o bien que pasará a ser beneficiario el designado por el tomador en lugar de la entidad.

1.4 La contratación a distancia.

En este caso, el servicio tanto de compra (vía Internet), como de venta (generalmente telefónica), se realiza sin la presencia física de las partes contratantes.

Los requisitos que se deben de dar antes de la celebración del contrato a distancia, es la siguiente información:

- La identidad de la entidad aseguradora, su domicilio y dirección a efectos de las notificaciones entre las partes.
- Si interviene algún representante legal de la entidad, se hará constar su identidad.
- Si interviene un mediador de seguros deberá identificarse.
- Identificación de los Registros Públicos en que está inscrita y número de Registro (Normalmente se indica el número de registro con el que consta en la Dirección General de Seguros)
- Autoridad encargada de la supervisión de la entidad.

En cuanto a la característica del seguro que se comercializa, se deberá indicar:

- Descripción de las principales características del contrato de seguro
- El precio total que debe satisfacer el tomador del seguro, con inclusión de todas las comisiones, cargas y gastos, así como los impuestos pagados, en resumen, el precio total del seguro.
- Indicación del período para el que es válida la información suministrada.
- Modalidad de pago y ejecución.

- En caso de que exista algún tipo de coste por esta contratación deberán indicarlo.
- Si existe o no derecho de desistimiento y el plazo y condiciones.
- La duración contractual mínima.
- Información sobre derechos distintos del desistimiento, que puedan tener las partes para resolver el contrato y las condiciones para su ejercicio.
- Estado sobre la legislación en que se basa, ley aplicable y jurisdicción en caso de conflicto entre las partes.
- Lengua en la que se presenta la información previa y lengua en la que puede formalizarse el contrato.
- A qué sistema de resolución de conflictos, de carácter público o privado, puede el consumidor tener acceso y cómo puede acceder a ellos.
- La existencia de fondos de garantía u otros mecanismos de indemnización, sean de carácter obligatorio o voluntario.

En cualquier caso regirán los requisitos de información previa al tomador que se exigen en todos los contratos de seguro.

En la comercialización a distancia de productos de seguros deberá de quedar constancia de las ofertas y contratos celebrados en un soporte duradero, si es por Internet no habrá problema pues se puede imprimir dicha oferta y contrato, y normalmente cuando se realiza por teléfono se suele grabar la conversación, sin perjuicio de que después nos remitan esa información por escrito.

Una vez celebrado el contrato de seguro a distancia, el tomador dispone de un plazo de 14 días –30 si es de vida– a contar desde la fecha en la que se recibe la información contractual, ya que lógicamente esta suele ser posterior a la fecha de la contratación, para desistir del contrato, sin indicación de los motivos, y en la mayoría de los casos, sin penalización alguna, si bien la Aseguradora puede cobrar la parte de prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato ha estado en vigor –desde la formalización hasta la

fecha en que se notifica el desistimiento—, no pudiendo ser el plazo para liquidar esa cantidad superior a treinta días, desde que se comunica el desistimiento. No obstante el tomador no estará obligado al abono de la prima si el asegurador no le ha informado del derecho de desistimiento.

El desistimiento no regirá para los seguros de viaje o equipaje de duración inferior a un mes, cuando la duración del seguro que se contrata sea inferior al del plazo para desistir, cuando se trate de seguros obligatorios para el tomador.

Los inconvenientes de la contratación a distancia es la misma que en los casos de compra directa a la Aseguradora.

1.5 La compra por medio del Agente.

Son agentes de seguros las personas físicas o jurídicas, que mediante la celebración de un contrato de agencia con una o varias entidades aseguradoras y la inscripción en el Registro administrativo especial ejercen la mediación de seguros.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al Agente surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la Aseguradora, esto incluye cualquier tipo de comunicación con respecto al contrato o el pago de recibos.

La función del agente es buscarnos el producto que mejor se adapte a nuestras necesidades e intermediar y asesorar en caso de siniestro. Si bien, indicar que si el Agente lo es Exclusivo el producto que nos puede ofrecer es únicamente el de la Aseguradora a la que representa mientras que si el Agente es Vinculado podrá ofrecernos el producto en otra Aseguradora con la que tenga autorización, además a diferencia del anterior, éste deberá haber acreditado haber superado un curso de formación para poder ejercer como tal, mientras que de la formación del agente exclusivo se encarga la Aseguradora.

La retribución del agente va incluida en el precio del seguro, es lo que se llama la comisión, y con la percepción de la misma se obliga a dar información y asesoramiento al Tomador, Asegurado y Beneficiario.

1.6 La compra por medio del Corredor.

Son corredores de seguros las personas físicas o jurídicas que realizan la actividad mercantil de mediación de seguros, sin mantener vínculos contractuales que supongan afección con entidades aseguradoras, y que ofrece asesoramiento independiente, profesional e imparcial a quienes demanden la cobertura de los riesgos a que se encuentran expuestos sus personas, sus patrimonios, sus intereses o responsabilidades.

Se entiende por asesoramiento independiente, profesional e imparcial el realizado a través de un análisis objetivo. Informando a quien trate de concertar el seguro sobre las condiciones del contrato que a su juicio conviene suscribir y ofrecer la cobertura que, de acuerdo a su criterio profesional, mejor se adapte a las necesidades de aquél; asimismo, velarán por la concurrencia de los requisitos que ha de reunir la póliza de seguro para su eficacia y plenitud de efectos.

Igualmente, vendrán obligados durante la vigencia del contrato de seguro en que hayan intervenido a facilitar al tomador, al asegurado y al beneficiario del seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento.

El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro al corredor no se entenderá realizado a la entidad aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al tomador del seguro el recibo de prima de la entidad aseguradora.

Éste profesional deberá tener un servicio de atención al cliente y contratado un seguro de responsabilidad civil.

El corredor puede optar por su sistema de retribución, bien percibiéndolo de la entidad aseguradora en forma de comisión –igual que el agente- , bien pactando con el cliente por escrito los honorarios profesionales expidiendo la factura correspondiente y de forma separada al recibo de la prima de la aseguradora, y en caso de que opte por una forma mixta parte de honorarios y otra de comisión ésta deberá de venir desglosada en el recibo de prima.

La gran ventaja de esta forma de contratación es la disposición de un asesor especializado en seguros, que va a buscar el mejor producto al mejor precio y que mejor se adapte a las necesidades del cliente, teniendo garantizado un asesoramiento durante toda la vida de la póliza, sobre todo en el momento más delicado como es el siniestro.

2.- LA PROPOSICIÓN Y LA SOLICITUD DE SEGURO.

2.1 Diferencia.

La solicitud y la proposición son los cuestionarios en los que se basa la Aseguradora para recabar la información sobre el riesgo que va a asegurar.

Para empezar debemos de tener claro, ¿qué es una solicitud? Parece una pregunta simple, pero hay muchas aseguradoras que no lo distinguen. Así nos encontramos con impresos llamados “Petición de datos”, o simplemente hojas sin ninguna denominación y solo casillas para la recogida de datos. Pero “las cosas son lo que son”, y aunque les cambiemos el nombre no son una cosa distinta.

Una solicitud, es cualquier petición realizada a la aseguradora para contratar un seguro. Y la forma que le demos o el nombre es lo de menos, puede ser un correo electrónico, una carta, o una llamada de teléfono. Otra cosa es que después se pueda probar, pero la falta de prueba no implica que la solicitud no se haya realizado.

¿Qué es una proposición? Cuando la compañía es la que se dirige al asegurado para ofrecerle el contrato (en impreso emitido por la Entidad). Pero volvemos al punto anterior, hay proposiciones de seguro que las compañías les llaman “solicitud” y sin embargo se realiza en impreso de la compañía y en otras figura la antefirma a veces con reserva de aceptación¹.

La diferencia por tanto entre ambas está en quien toma la iniciativa, en la primera es el futuro asegurado el que se dirige a la aseguradora para solicitar un seguro y en la segunda es la aseguradora la que realiza la oferta al posible cliente.

2.2 La obligación de respuesta.

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la

valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Estamos hablando de alegaciones realizadas por Aseguradoras indicando por ejemplo, que el local no tenía medidas de seguridad contra robo, cuando ni se le preguntó por las mismas, o que iba conduciendo un menor de veinticinco años cuando no consta pregunta alguna sobre los posibles conductores.

El deber del tomador ha de conjugarse con el deber de respuesta al cuestionario a que debe someterle la entidad aseguradora: sí ésta no exige dicho cuestionario, debe pechar con las consecuencias, por haber relevado al tomador del deber de cumplimentar dicha información, previa al contrato.

No es necesario plasmar la cantidad de sentencias del Tribunal Supremo² que recuerdan con manera enérgica, la grave consecuencia que tiene para el asegurador la falta de cuestionario, recriminándole incluso el no hacerlo dado los medios burocráticos y jurídicos de que dispone y conocedor además de la técnica aseguradora.

Por lo tanto, solo tenemos obligación de contestar a lo que se nos pregunte.

2.3 La Regla de equidad.

Las aseguradoras, salvo que el riesgo tenga unos capitales muy elevados, no suelen realizar verificaciones de riesgos, por lo que es del cuestionario como hemos comentado de donde obtienen toda la información necesaria para valorar el riesgo y por tanto poder calcular la prima correspondiente.

Una vez ocurrido el siniestro es cuando se va a verificar que la información facilitada por el Tomador se corresponde con los datos aportados, y es en el momento de la liquidación del mismo en donde se reflejan las discrepancias

que existan entre lo indicado en el cuestionario y la realidad.

Si la falsedad en los datos se realizó de forma dolosa³ (Ej. el asegurado es conocedor de que con las medidas de seguridad del riesgo el mismo no es asegurable y hace constar unas medidas que no existen) la aseguradora podrá rechazar las consecuencias económicas del siniestro, mientras que si no existió mala fe lo que podrá es reducir el importe de la indemnización en la misma proporción existente entre la prima realmente abonada y la que debiera de haberse abonado, aplicando la siguiente regla proporcional: prima abonada x daños a liquidar / prima real.

Veamos un ejemplo:

Robo por importe de 10 000 € en una vivienda en la que constaba que tenía puerta blindada, si bien la misma no reunía dicho requisito. La prima abonada fue de 800 € al habersele aplicado un descuento del 20% de la puerta.

La liquidación por tanto sería: $10\,000 \times 800 / 1\,000 = 8\,000 \text{ €}$

En conclusión, para poder aplicar la regla de equidad⁴ se deben de cumplir los siguientes requisitos:

- Que exista solicitud o proposición de seguro y se le pregunte expresamente sobre las circunstancias que agraven el riesgo.
- Que se pueda comprobar la repercusión en la prima del seguro, bien indicando una cantidad o fijando los cálculos para poder determinar la cuantía a través de simples operaciones matemáticas.

Hemos de decir, que la regla de equidad solo se puede aplicar a aquellas garantías que se han visto afectadas por el siniestro y que a la vez han resultado con insuficiencia de prima, pues es una práctica habitual que la aseguradora intente aplicar la regla de equidad a garantías cuya prima no hubiera variado, típico caso de una vivienda con un recargo en la cobertura de daños por agua debido a la antigüedad, a la que se le intenta aplicar la regla

de equidad en la en la cobertura de Defensa Jurídica, para reclamarle al vecino del piso superior unos daños provocados por la rotura de una tubería.

2.4. ¿Cobertura?

Mientras la solicitud no vincula a la aseguradora la proposición sí lo hace.

Pero ¿Cómo es esa vinculación? ¿Tenemos ya cobertura desde que la proposición es aceptada o no? Pues bien, sobre este asunto hay abundantísima jurisprudencia en dos sentidos, una que indica que la proposición de seguro constituye una verdadera oferta contractual y que una vez aceptada por el tomador, mediante la firma, determina la perfección del contrato⁵ y otra⁶ –la cual suscribo– en que la “vinculación” de una solicitud o propuesta lo es en el plano de la aceptación de la oferta contractual, pero no en cuanto al contrato en sí, pues como hemos indicado anteriormente propuesta y solicitud son los documentos por los que la Aseguradora recaba la información sobre el riesgo declarado y por tanto es un documento precontractual. Así pues, cuando se menciona que la proposición vinculará al asegurador durante quince días, no puede interpretarse en el sentido de que ya está vigente el aseguramiento, y si acontece el siniestro deberá abonarse la indemnización por parte de la aseguradora, pues la vinculación que menciona la Ley de Contrato de Seguro se refiere a las condiciones del aseguramiento y cuantía de la prima: el posible asegurado tiene derecho, durante quince días, a manifestar si acepta o no esa propuesta de seguro; y si la acepta, no puede la aseguradora modificar ni las coberturas ni las condiciones económicas⁷. Esa es la única vinculación, pero no implica que el seguro esté ya vigente, como mucho podrá pactarse la retroacción de la vigencia, pero siempre previo acuerdo entre las partes.

No obstante, **lo aquí indicado no es de aplicación a la legislación específica del Seguro Obligatorio del Automóvil** que cuando habla de “solicitud” y “proposición” introduce una importante modificación del régimen general de seguros, indicando que la proposición da cobertura desde su aceptación al igual que la solicitud, si bien, ésta podrá ser rechazada por la aseguradora en el plazo de diez días siguientes a su diligenciamiento, por

escrito emitido por medio que deje constancia de su recepción, y si no se hace así deberá expedir la póliza.

3.- LA FORMALIZACIÓN DE LA PÓLIZA Y EL PAGO DE LA PRIMA.

3.1 El efecto de la póliza y el pago de la prima

La póliza tomará efecto en el momento en que las partes lo estipulen, pues como ya hemos indicado la fecha de efecto se puede retrotraer al momento de la solicitud o proposición, pero para su entrada en vigor es necesaria su formalización, que se realiza en el mismo momento en que se acuerda con la aseguradora la emisión del contrato y del recibo⁸, pues la jurisprudencia ha indicado en varias ocasiones que si bien se trata de un contrato formal, el acuerdo entre las partes es suficiente para dar por formalizado el mismo, con independencia de su posterior firma y del abono de la prima, requisito necesario para que la aseguradora pueda hacer efectiva la indemnización.

En un principio se identificaba el pago del recibo con la formalización del contrato, indicando alguna sentencia del Tribunal Supremo que hasta que no esté compensado el talón con el que abonaba la prima no existía cobertura⁹. Pero una interpretación más lógica y acorde con la Ley de Contrato de Seguro, indica que la falta de pago del recibo debe de ser por culpa del tomador¹⁰, y por tanto habrá que diferenciar entre el retraso en el pago y la demora en el cobro de la aseguradora que no presenta el recibo en plazo. Por tal motivo, el mero hecho de que la póliza se encuentre pendiente de cobro, no implica de por sí la falta de cobertura, ya que en la mayoría de los casos es culpa de la aseguradora que no ha emitido el recibo o no lo ha enviado a la cuenta bancaria del tomador. De no ser así, en caso de que la Aseguradora haya enviado el recibo a la cuenta designada por el Tomador y este haya sido devuelto –por no existir fondos, por ejemplo– entonces si podrá la Aseguradora rechazar las consecuencias del siniestro, pues la falta de pago en este caso sería por culpa del Tomador.

3.2 La prima fraccionada.

La póliza se puede también abonar mediante pagos fraccionados, previo acuerdo entre las partes. Si bien, en este sentido existe un vacío legal pues la Ley de Contrato de Seguro no lo contempla, y también existe un vacío contractual pues la gran mayoría de los contratos no regulan que ocurre con el resto de las primas pendientes cuando se produce un siniestro. No se le indica expresamente al asegurado que si el riesgo desaparece a consecuencia de un siniestro debe abonar las fracciones pendientes, y en caso de que sea un daño parcial si debe o no adelantar los pagos.

Que la prima es indivisible, es de las primeras cosas que nos enseñan cuando se comienza a trabajar en éste sector, sin embargo la única mención sobre esa indivisibilidad viene reflejada en la contabilidad de las aseguradoras.

El Código de Comercio en su artículo 388, establecía que *“por el cobro de la prima pagada anticipadamente, el asegurador la hará suya, cualquiera que sea la duración del seguro”*, establecía por tanto esa indivisibilidad, que ha sido además reconocida jurisprudencialmente.

La prima por tanto es indivisible, pero la indivisibilidad no tiene nada que ver con el pago a plazos, ya que el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro dice que el Tomador debe pagar la prima *“en las condiciones estipuladas en el contrato”*, y el fraccionamiento no afecta a su obligación, sino a su cumplimiento. Por tanto si ambas partes acuerdan dicho fraccionamiento el mismo es válido. El tema acaba de ser tratado recientemente en una Sentencia del Tribunal Supremo¹¹, con la que coincido en su fundamentación.

La Aseguradora solo podrá obligarnos al pago de la totalidad de la prima antes de la liquidación del siniestro si así viene estipulado en la póliza o bien si el objeto asegurado a consecuencia del siniestro se ha extinguido –pues la prima se consume con el abono total del capital asegurado–, pero habiéndose producido solo un daño parcial la Aseguradora debe abonar los daños mientras el recibo de prima del periodo (y los anteriores) en que produce el siniestro

esté abonado, y si los recibos posteriores son impagados, ésta podrá ejercer su derecho de cobro de la totalidad de la prima.

3.3 El Contenido de la póliza.

La póliza deberá estar redactada en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde aquella se formalice y contendrá como mínimo:

1.- El nombre y apellido de las partes contratantes, su domicilio y la designación de asegurado y beneficiario, en su caso.

2.- El concepto por el que se asegura.

3.- La naturaleza del riesgo cubierto.

4.- La designación de los objetos asegurados y su situación. Recordemos que salvo pacto en contrario, si los objetos no se encuentran en el lugar asegurado carecen de cobertura.

5.- Suma asegurada y alcance de la cobertura.

6.- Importe de la prima, recargos e impuestos.

7.- Vencimiento de las primas y lugar y forma de pago.

8.- Duración del contrato, con expresión del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos.

9.- Si interviene un mediador en el contrato, el nombre y el tipo de mediador. Norma no muy bien cumplida por algunas aseguradoras, que o bien solo ponen una “clave” de agencia, sin que conste el nombre o el tipo de mediador, ya que en algunas ocasiones solo indica Agente, cuando el mediador puede ser un Corredor.

3.4 Verificación de los datos.

Entregada la póliza por la Aseguradora, debemos de comprobar que el contenido de la misma se corresponde con la solicitud o proposición y que las cláusulas contratadas son las que vienen reflejadas, ya que el tomador tiene un mes de plazo para requerir a la Aseguradora la subsanación de las divergencias existentes, transcurrido ese plazo se estará a lo dispuesto en la póliza.

Esta función entre otras ya vistas, es una de las funciones del Corredor que debe ser el encargado de la verificación de que el contrato viene como lo hemos solicitado, incurriendo en responsabilidad en caso contrario.

3.5 Coberturas y Cláusulas.

En nuestro sistema asegurador se cubren los riesgos que se contratan, de tal forma que si el hecho que genera el daño no está contemplado en póliza no tiene cobertura.

Aunque parezca evidente lo que estamos indicando, no carece de sentido dicha afirmación, porque en muchos casos se confunde nuestro sistema asegurador con el anglosajón, con las llamadas pólizas “*all risk*” –todo riesgo– en las que se cubre todo menos lo que está expresamente excluido, es decir, nuestro sistema tiene una relación de riesgos cubiertos y el sistema anglosajón tiene una relación de exclusiones.

Así mismo, establece la Ley de Contrato de Seguro que las cláusulas deben de redactarse de forma clara y comprensible. Rige la máxima “*indubio pro asegurado*”, por lo que toda cláusula que cause la más mínima duda sobre su interpretación deberá interpretarse favoreciendo siempre al asegurado al ser el seguro un contrato de adhesión y no haber intervenido el asegurado en la redacción del mismo.

Tampoco se podrán dar coberturas inferiores a las que vengan incluidas en la Ley para el riesgo que aseguramos, ya que esta es una Ley de mínimos, y por tanto una cláusula que dé coberturas inferiores a las que figuran en la Ley sería declarada automáticamente nula. Un ejemplo bastante común, es la exclusión del hurto en los seguros de Robo para dinero efectivo y joyas, cuando el artículo 50 de la Ley indica expresamente que el “*asegurador se obliga a indemnizar los daños derivados de la sustracción ilegítima por parte de terceros*” y sustracción implica tanto el robo como el hurto y apropiación indebida.

3.5.1 Cláusulas limitativas y cláusulas delimitadoras.

Entramos en el punto más conflictivo sin duda de todo el sector asegurador, que es la definición de cláusula limitativa o delimitadora del riesgo, en donde existe una ingente jurisprudencia en muchos casos contradictoria no solo en las Audiencias Provinciales sino también en el propio Tribunal Supremo, hasta tal punto que encontramos la misma cláusula definida como limitadora y como delimitadora.

La diferencia entre ambas cláusulas es importantísima a la hora de que la aseguradora pueda o no rechazar la cobertura, ya que la cláusula delimitadora lo que hace es como su nombre indica delimitar la cobertura, indicar que es lo que se cubre y lo que no y por tanto no necesita ser aceptada expresamente por el asegurado¹², mientras que la cláusula limitativa lo que hace es restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado¹³ y por tanto debe de reunir unos requisitos legales –artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro– sin los cuales no podrá ser oponible frente al asegurado o terceros perjudicados. Estos requisitos son el resaltado de modo especial en la póliza, generalmente en negrita, mayúsculas y documento independiente, debiendo además estar firmadas por el asegurado como prueba de su aceptación y debemos insistir en la firma del asegurado, pues no vale que éste conozca la exclusión lo que vale es que la acepte.

Aún a riesgo de no coincidir con algún criterio sobre cuales son dichas cláusulas, indicaré a continuación las que a mi modo de ver son sin lugar a dudas cláusulas Definitivas que establecen los límites objetivos de la cobertura¹⁴:

- Qué hechos originan la obligación de indemnizar. Ej. La propiedad del inmueble, una profesión.
- Qué riesgo se cubre y cuál no: Ej. Daños personales, materiales etc.
- En qué cuantía
- Por qué importe de prima.
- Durante qué plazo, o período de tiempo.
- En qué territorio.
- Frente a qué perjudicados¹⁵. Los que la póliza defina como terceros. (“No

tendrán la consideración de terceros los familiares hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad".)

Siendo por tanto las Cláusulas Limitativas: las que excluyen supuestos concretos, que otorga la cláusula definitoria. Es decir, lo que establece la exclusión de la cobertura. De ahí que el asegurador debe advertir previamente al tomador, resaltándolas y mediante firma expresa de aceptación. Ej. Al Arquitecto que se le excluyen los vicios de construcción, al Cirujano médico que se le excluye la cirugía estética, al cabeza de familia los daños por agua, etc.

Analizando la jurisprudencia del Tribunal Supremo, indico a continuación algunas cláusulas que han sido declaradas como limitativas:

- Una de las sentencias que a más condicionados afecta, es la del valor venal, *en sentencia de fecha 23-10-2002, núm. 997/2002*, en la que el Tribunal indica que la Aseguradora aprovecha para “colar” una limitación a la reparación, cuando precisamente lo que se pretende con un seguro de daños es la reparación del bien. No obstante indicar en este punto que además del criterio seguido por el Tribunal existe un criterio asegurador para imponer a la aseguradora la reparación que explicaremos en la cláusula de valor de reposición.3.5.4.
- La cláusula que considera únicamente la situación de invalidez la determinada por la ceguera absoluta, fue declarada limitativa en STS de 240 de febrero de 2006, que cita otra de 27 de noviembre de 2003 y 26 de febrero de 1997.
- La exclusión de la cobertura por embriaguez manifiesta, debe considerarse cláusula limitativa, según sentencia de 7 de julio de 2006.
- La sentencia 1136/2004 de 23 de noviembre, declaró como cláusula limitativa los daños por incendio sufridos por bienes e inmuebles que

por cualquier motivo (depósito, uso, manipulación, transporte y otros) se hallen en poder del asegurado. No obstante la Sentencia de 11 de septiembre de 2006, recogiendo doctrina de las de 16 de mayo, 16 de octubre de 2000 y 7 de julio de 2006, se aparta de este criterio y la considera delimitadora.

- Algunas sentencias consideran limitativas las cláusulas, que contemplan en los seguros de vida y accidentes como riesgo asegurado la muerte y la invalidez, pero excluyen en las condiciones generales determinados supuestos, como la invalidez consecuencia de defecto físico o mental preexistente a la fecha de la póliza o ciertos grados de incapacidad, como las de fecha 26 de febrero de 1997 y 27 de noviembre de 2003, pero sin embargo encontramos otras en sentido contrario como las de 24 de febrero de 1997, 16 de octubre de 2000 y 14 de abril de 2004.
- Existe una sentencia que se separa del criterio general, de que el capital asegurado es delimitador del riesgo, de fecha 30 de diciembre de 2005, declarando limitativa la cláusula de un seguro de defensa jurídica en cuyas condiciones particulares solo indicaba “incluida” y la fijaba el límite en las condiciones generales. Desde mi punto de vista, toda cobertura que no indique en las condiciones particulares el límite de indemnización debería de considerarse limitativa, pues como hemos visto anteriormente (3.3 Contenido de la póliza) uno de los requisitos que establece el artículo 8 de la LCS, es que conste en la póliza la suma asegurada o alcance de la cobertura, por tanto si en las condiciones particulares solo se limita a decir “incluida” es que la garantía no tiene limitación, para posteriormente establecerla en condiciones generales. El criterio a aplicar sería el mismo utilizado por el Tribunal Supremo con respecto a la cláusula de valor venal, nos “cuelan” la limitación.

3.5.2 Cláusula de compensación de capitales.

La Ley de Contrato de Seguro indica expresamente que si en el momento de la producción del siniestro la suma asegurada es inferior al valor del interés, el asegurador indemnizará el daño causado en la misma proporción en la que aquella cubre el interés asegurado. Esto significa, que la aseguradora en caso de infraseguro abonará los daños en la misma proporción, es decir aplicará la llamada regla proporcional: $\text{capital asegurado} \times \text{daños causados} / \text{interés asegurado}$ (valor del bien).

Y al mismo tiempo si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés asegurado, el asegurador debe restituir el exceso de prima percibida.

Así pues, si tenemos un exceso de capital en continente y un defecto en contenido y se produce un incendio con daños al contenido la aseguradora nos abonaría dichos daños aplicando la regla proporcional y devolviéndonos el exceso de prima abonados por el continente.

Para evitar, esto y dado que la aseguradora ha cobrado la prima, nace esta cláusula y en lugar de devolver la prima al asegurado, ese sobrante se aplica sobre la partida insuficiente compensándolo con el capital. Para aplicar esta cláusula debe constar expresamente en la póliza, no teniendo además coste económico alguno para el asegurado.

Veamos un ejemplo:

Supongamos que tenemos un seguro de Hogar con capital asegurado para Continente de 420.000 € (La prima para continente es del 1 por mil) y capital asegurado para Contenido 100.000 € (La prima para contenido es de 3 por mil). Se producen unos daños por incendio al continente de 110.000 € y al contenido por valor de 30.000 €

Los capitales correctos serían para el Continente 300.000 € y para Contenido 140.000 €

La liquidación del siniestro sin compensación de capitales sería:

Daños al Continente 110.000 €, y dado que sobran 120.000 € de capital la Aseguradora deberá devolver 120 € de prima sobrante.

Daños al Contenido la aseguradora aplicaría la regla proporcional (capital asegurado x daños / interés asegurado) y abonaría: $100.000 \times 30.000 / 140.000 = 21.428,57 \text{ €}$

Con la cláusula de compensación de capitales la liquidación sería:

Abono de los 110.000 € de daños por Continente.

Compensación de capitales: capital sobrante x prima sobrante / prima compra, con lo que el capital a compensar sería $120.000 \times 1 / 3 = 40.000 \text{ €}$, que debemos de sumar al capital de Contenido, con lo que tendríamos capital suficiente y la aseguradora abonaría la totalidad de los daños 30.000 €

3.5.3 Derogación de la Regla proporcional.

Algunas pólizas establecen la derogación o renuncia a aplicar la Regla Proporcional (capital asegurado x daños / interés asegurado), cuando el capital asegurado es inferior al interés asegurado, si bien, siempre que la desproporción no exceda de un porcentaje que puede estar entre un 5 y un 10% de media y que en algunos productos de última generación puede alcanzar un 15%. Tampoco se la aplicarían en siniestros cuya indemnización fuese inferior a 1 500 €, que en alguna póliza llega a 6 000 €

En caso de que la diferencia sea mayor se aplicará en su totalidad.

3.5.4 Formas de Aseguramiento: Valor Real, Valor de Nuevo y Valor de Reposición.

La forma de aseguramiento es lo más importante a la hora de elegir un producto, ya que dependiendo de la forma de valoración de los bienes a la

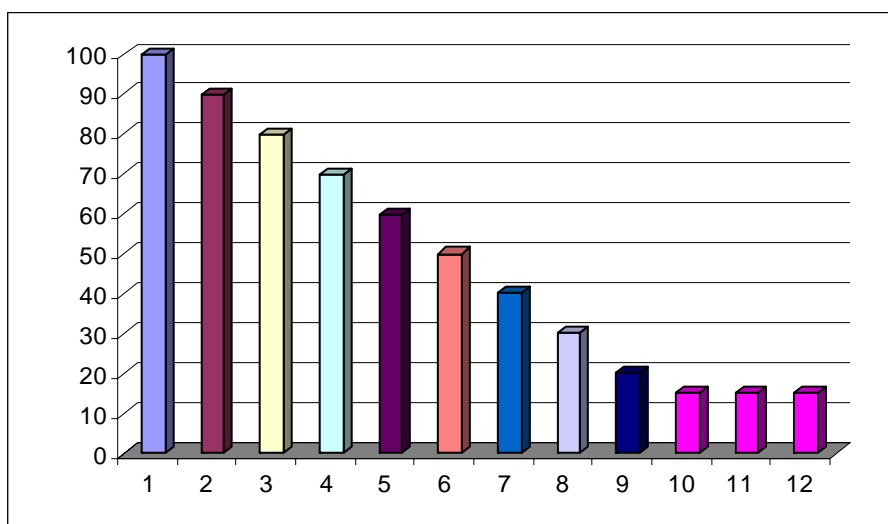
hora de asegurarlos dependerá lógicamente la forma de indemnización, y por tanto se aplicará o no depreciación por uso.

Las formas de aseguramiento son tres:

El Seguro a Valor Real: Es el valor del bien en el momento del siniestro, que corresponde a su valor de reposición de nuevo **menos la depreciación por uso y estado de conservación** y sin que en ningún caso pueda exceder del valor en venta.

Por tanto lo que se asegura es el valor de sustitución del bien por otro de similares características en el mercado, o lo que en las pólizas de automóvil se denomina el “**valor venal**”, que no es otra cosa que el valor en venta del vehículo, es decir su valor real.

Así pues, supongamos que la depreciación de un bien es el que se indica en el cuadro siguiente, hasta que alcanza su valor residual.



Cuadro de depreciación

En caso de siniestro total en el 7º año la indemnización a abonar por la aseguradora sería el 40% del valor de reposición.

Es la forma de aseguramiento tradicional y la más antigua en el sector asegurador y ello implica que el Asegurado tendría que ir rebajando con el

tiempo el capital asegurado ya que la Aseguradora no le va a abonar más que el valor real y por tanto mantener el valor inicial sería tener un sobre seguro en los años posteriores. Ello implica también que la prima a pagar anualmente sería en el peor de los casos la misma y en caso de haber actualizado los capitales debería de ser inferior al verse estos reducidos.

Este sistema de aseguramiento –que sigue existiendo en el mercado– implica que prácticamente siempre que haya un siniestro el asegurado tendrá que asumir parte de los daños, es decir, soportar la diferencia que corresponde a la depreciación del bien, hasta el punto de que en alguna ocasión al asegurado le puede resultar imposible reponer su patrimonio con la sola percepción de la indemnización, pues puede que no tenga capacidad económica para soportar la diferencia entre la indemnización y el valor de mercado de los bienes nuevos.

Por tal motivo, el mercado comenzó a demandar a las Aseguradoras que, vendiesen un producto en el que el asegurado no tuviese que soportar coste alguno. Fue así como nacieron las dos formas de aseguramiento que comentamos a continuación.

El Seguro a Valor de Nuevo y El Seguro a Valor de Reposición: (Que algunas pólizas confunden en su definición).

Son formas de aseguramiento consistentes en ampliar las garantías normales de la póliza a la diferencia existente entre el valor real de los bienes asegurados en el momento del siniestro y su valor en estado de nuevo, **sin que sea aplicable la deducción de nuevo a viejo**. Si bien siempre será preceptiva para el asegurado la reposición del bien dañado como explicaremos en el siguiente punto.

Estas formas de aseguramiento se caracterizan porque el seguro no cubre solamente el valor del interés en el momento anterior del siniestro, sino también la diferencia con el valor del objeto en estado de nuevo en el momento del siniestro.

Las diferencias entre ambas son las siguientes:

- El Seguro de Valor a Nuevo sería aquel en la que el asegurador fija un **tope máximo**, que generalmente es del 30% de depreciación por uso. (Algunas pólizas llegan al 50%)
- El Seguro a Valor de Reposición, sería aquella en la que **no se fija límite**, pero se conviene que los daños materiales causados en los objetos asegurados se valorarán sobre la base de la reposición de los mismos sin deducción de nuevo a viejo, entendiéndose por "reposición" la reconstrucción, reemplazo o reparación de los objetos dañados o destruidos en condiciones iguales a las que tenían los objetos dañados antes del siniestro, sin exceder de la suma asegurada sobre los citados objetos.

Así pues, volviendo al siniestro anterior con el mismo cuadro de depreciación, la Aseguradora abonaría las siguientes cantidades con forma de aseguramiento:

A Valor de Nuevo (con límite del 30%) el 40% con el siniestro y el 30% una vez realizada la reposición del bien, en total el 70%.

A Valor de Reposición el 40% con el siniestro y el 60% una vez realizada la reposición del bien, en total el 100%.

¿Cuál es el coste de incluir estas formas de Aseguramiento? La inclusión de estas garantías no tiene un coste adicional –eso no quiere decir que paguemos los mismo– pues la aseguradora no nos cobra más porque sea más caro, el precio es el mismo, pero debemos de asegurar más capital, pues no olvidemos que ahora debemos asegurar todos los bienes a su valor de reposición y además debemos de actualizar los capitales anualmente, por eso este tipo de pólizas incluyen una Cláusula de Actualización de Capitales que normalmente se pactan con índices estadísticos de referencia como el IPC., a efectos de evitar el infraseguro y tener los capitales actualizados en todo momento.

Este sistema de aseguramiento implica que el recibo aumente cada año, no porque la aseguradora nos haya aumentado la prima, sino porque se asegura más capital al haberse revalorizado los bienes.

Ni que decir tiene que el seguro de daños del vehículo, está asegurando con la modalidad de Valor de Reposición, pues cuando alguien tiene un siniestro parcial, la aseguradora le repone las piezas dañadas sin aplicar depreciación alguna, ni ningún límite de depreciación. Por eso, algunas veces nuestro seguro pese haber aumentado la bonificación por no siniestros, nos pasa un recibo más elevado que el año anterior, pero no porque la aseguradora haya aumentado el precio sino porque ha adaptado el valor del vehículo al precio de nuevo y por tanto asegura más valor.

3.5.5 El enriquecimiento injusto.

La Ley de Contrato de Seguro, hace una mención expresa a que el seguro no puede ser causa de enriquecimiento injusto. Por tanto, cuando hablamos de que existen formas de aseguramiento que nos cubren la depreciación la pregunta es, ¿existe enriquecimiento injusto? Si se me daña el teléfono móvil con cinco años de antigüedad y la aseguradora me abona otro de similares características, no cabe duda de que el nuevo aunque sea el más bajo de la gama en el mercado, va a ser mejor que el que tenía, aparte de ser nuevo. Y cuando tengo un vehículo asegurado a todo riesgo con valor a nuevo los dos primeros años y es siniestro total, y mi aseguradora me abona uno nuevo, la respuesta es evidente. ¡Si hay enriquecimiento injusto! El asegurado en estos casos queda en mejor situación que la que se encontraba antes del siniestro.

Por otro lado, la depreciación técnicamente ni siquiera es asegurable, pues no es algo fortuito o impredecible, sino que se puede calcular con toda exactitud el valor de un bien dependiendo del uso y los años, por lo que no entra dentro de lo impredecible e imprevisible que es el riesgo que cubren los seguros.

No obstante el sector asegurador a optado por cubrir esa depreciación y para evitar de alguna manera el enriquecimiento injusto, a lo que obligan todas las pólizas cuya forma de aseguramiento sea el Valor a Nuevo o Valor de Reposición, es precisamente a eso, a reponer el bien en un determinado plazo, de esta forma el asegurado se queda con el mismo bien aunque reemplazado por otro y es una forma de evitar el enriquecimiento, ya que si el asegurado no reemplaza el bien, lo único que cobrará será el Valor Real.

Así nos encontramos con cláusulas con este tipo de redacción:

“Cuando la póliza establece para un bien cobertura de valor de reposición, su completa liquidación se halla supeditada a la reconstrucción o compra de nuevos bienes, lo que el Asegurado acreditará en el plazo de (de 3 a 24 meses según póliza), en el caso de Mobiliario y de dos años, cuando se trate de la Edificación, mediante la presentación de facturas o certificaciones de obra.

La Compañía irá haciendo efectiva la diferencia entre el valor real y el valor de reposición a medida que le vayan siendo presentados dichos documentos. El valor real correspondiente a las mencionadas partidas habrá sido liquidado previamente al finalizar la peritación y demás trámites del siniestro.”

3.5.5.1 Especial mención al Valor Venal en el Seguro de Automóvil.

Como ya hemos indicado, el Tribunal Supremo declaró la cláusula limitativa de los derechos del asegurado, pero además veremos ahora que dicha cláusula va contra toda técnica aseguradora y de hecho es una cláusula que no existe en ningún otro ramo de seguro.

Acabamos de ver que la forma de aseguramiento de un vehículo es a Valor de Reposición. Sin embargo, el vehículo será declarado Perdida Total / Siniestro Total cuando la reparación supere el 75% del valor del mercado (valor venal) del vehículo siniestrado, y por tanto como la reparación no puede superar el valor venal la misma no es abonada por la aseguradora.

Es evidente que dicha cláusula no se corresponde para nada con el aseguramiento a valor de reposición, pues lo que procede es abonar la reparación siempre que efectivamente la misma se realice y abonar el Valor Real (valor venal) si la misma no se lleva a cabo.

Pues bien, lo que esta haciendo la Aseguradora es mezclar las formas de aseguramiento e intenta aplicar la forma de aseguramiento a valor real, cuando la forma de aseguramiento que corresponde es a valor de reposición y además ha cobrado la prima correspondiente, es la aseguradora la que de esta forma tiene un enriquecimiento injusto, pues cobra una prima de reposición cuando da una cobertura a valor real.

3.5.6 Seguro a primer riesgo

Modalidad que consiste en cubrir los riesgos que puedan afectar a una partida de bienes asegurables o interés asegurado, con una suma asegurada que no alcanza su valor total. En caso de siniestro, la Aseguradora indemnizará igualmente el valor de las pérdidas o daños sufridos hasta el límite de la suma asegurada, renunciando la Aseguradora a la aplicación de la regla proporcional.

Es una forma de aseguramiento más cara que la habitual, ya que lo que aquí se pacta es el pago de la Aseguradora hasta la cantidad asegurada, con independencia del valor del bien. El riesgo que asume el asegurado es que el daño puede exceder del límite contratado y por tanto deberá asumir la diferencia.

Normalmente se realiza para asegurar cantidades de dinero en metálico, joyas y cualquier objeto de valor. También es utilizada a veces para asegurar una parte del Continente de nuestra vivienda y poder tener una serie de coberturas que no ofrece la póliza de la Comunidad, no obstante y dado que la proporción viene a ser como unas tres o cuatro veces más caro que asegurar a valor total, debemos de tener cuidado pues nos puede salir más rentable el

asegurar por la totalidad, salvo que la Aseguradora solo ofrezca esta forma de aseguramiento para ese bien concreto.

3.5.7 Seguro a valor total

Es la forma de aseguramiento por excelencia, esta modalidad exige que la suma asegurada en una partida de bienes, se corresponda con el valor total que realmente tienen los bienes incluidos en el seguro para esa partida.

En el supuesto de que la suma asegurada sea inferior habrá infraseguro, y por tanto la indemnización se calcularía teniendo en cuenta la proporción entre el valor declarado y el valor total de los bienes asegurados. (Regla Proporcional).

3.5.8 Seguro a valor parcial

El sistema de aseguramiento es el mismo que para el valor total, la diferencia está en que se asegura un porcentaje de ese valor total, y por tanto en caso de infraseguro se aplicará la regla proporcional.

Esta forma de aseguramiento se utiliza especialmente en los seguros de robo, principalmente para asegurar maquinaria pesada de una empresa a la que es muy difícil, por no decir imposible, que pueda tener un robo de la totalidad. Asegurando a valor parcial se puede conseguir un importante descuento en la prima de esta garantía, dependiendo del porcentaje que queramos asegurar.

3.5.9 La Carencia y La Franquicia.

La carencia es un período de tiempo en el que las garantías no surgen efecto, es una franquicia temporal, normalmente usada en seguros de salud y en algunas coberturas de seguros de daños, generalmente de Riesgos Extensivos (Viento, Pedrisco...) y obligatoriamente en Riesgos Extraordinarios¹⁶ amparado por el Consorcio de Compensación de Seguros en que la carencia es de 7 días.

La franquicia es la parte del riesgo que asume el propio asegurado, se utiliza en la mayoría de los casos para abaratar el precio del seguro y en otras ocasiones para evitar la frecuencia de siniestros y obligar al asegurado a tener más precaución. Suele ser obligatoria en todos los seguros voluntarios de Responsabilidad Civil y puede ser de tres tipos:

- Fija: Las partes estipulan una cantidad que será asumida por el Asegurado y a partir de ésta la Aseguradora abonará el exceso.
- Porcentual: Las partes estipulan que un porcentaje de los daños sea asumido por el Asegurado.
- Mixta: Se suele pactar un porcentaje de franquicia con un mínimo y un máximo. Es muy frecuente en seguros de Responsabilidad Civil para empresas de construcción en daños a colindantes.

Ej. Franquicia del 20% de los daños mínimo 3 000 € y máximo 30 000 €. En este caso si el 20% de los daños no llega a 3 000 € el asegurado asumirá la totalidad, si el 20% se encuentra entre 3 000 y 30 000 asumirá dicho porcentaje, y si el 20% excede de 30 000 será esta la suma máxima a su cargo.

4. LA MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

4.1 La agravación del riesgo.

En caso de que el riesgo se agrave, (nos remitimos al punto 2.2 sobre lo que tenemos que considerar agravación) dicha circunstancia debe de ser comunicada a la Aseguradora ya que de no ser así en caso de siniestro podemos encontrarnos con un rechazo en caso de mala fe o con aplicación de la regla de equidad, ya comentada.

Una vez comunicada dicha circunstancia, la aseguradora tiene un plazo de dos meses para proponer una modificación al contrato, que en la mayoría de los casos será una modificación de la prima (aunque también puede traducirse en aplicación de una franquicia o exclusión de una cobertura concreta), el Tomador tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar la modificación. En caso de que rechace o no conteste, el asegurador tiene un

nuevo plazo de quince días para advertirle al tomador de que si no contesta en un nuevo plazo de quince días procederá a la anulación de la póliza y si el tomador mantiene su postura podrá anular la póliza en el plazo de ocho días.

4.2 Disminución del riesgo.

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

La Ley en este caso es contra-asegurado, pues no obliga a la aseguradora a devolver la parte de prima desde la comunicación hasta el vencimiento –quizá por el principio de indivisibilidad– sino a reducir la prima a partir del vencimiento.

4.3 El vencimiento de la póliza y la modificación de la prima.

Por el mero hecho de que la póliza se renueve no implica que se puedan realizar modificaciones en el contrato. La prima debe de ser la misma que la del año anterior, salvo que se haya pactado contractualmente un sistema de recargos o bonificaciones (en automóvil llamado “*bonus malus*”) según la siniestralidad, pero aún así la prima no varía, pues lo único que se hace es aplicar un factor corrector a esa prima y por tanto aplicar lo estipulado en el contrato. No existe en este caso modificación contractual sino todo lo contrario, aplicación del contrato. Lo mismo ocurrirá como ya se comentó si tenemos el seguro a Valor de Reposición, en que los capitales al vencimiento

se actualizarán y por tanto pagaremos más –porque tenemos más capital asegurado–, pero la prima del seguro seguirá siendo la misma.

Lo que no se puede permitir es que la Aseguradora modifique de forma unilateral el precio del seguro –vulnerando el artículo 5 de la LCS– y sin haber realizado notificación alguna al Tomador con dos meses de antelación evitando que pueda oponerse a dicha modificación y en su caso anular la póliza y contratar con otra aseguradora, por tanto a la aseguradora se le podrá obligar a cobrar la prima del año anterior¹⁷, sin poder aplicar dicho aumento.

4.5 Supresión de garantías al vencimiento.

Existe también costumbre en algunas aseguradoras, sobre todo de pólizas de salud que al vencimiento comunican al Tomador su intención de suprimir alguna cobertura –generalmente la cobertura de baja por Incapacidad Laboral Transitoria– manteniendo en vigor el resto de las garantías. Alegando que como el contrato de seguro se contrata por módulos se puede dar de baja dicho módulo aún en contra de la voluntad del Tomador sin necesidad de dar de baja el contrato.

No podemos compartir este criterio, pues como todos sabemos, un solo contrato puede estar compuesto por varios seguros, así en el seguro del coche tenemos Seguro Obligatorio, Voluntario, Defensa Jurídica, Cristales, Daños propios, etc. y en el Seguro de salud tenemos también un seguro de asistencia médica, de baja laboral, de accidentes etc. Por tanto no es que se contrate por módulos, sino que lo que se contratan son varios seguros, pero sin entrar en discusión sobre si son módulos, seguros, garantías o como queramos llamarle, lo que está claro es que una vez hecha la póliza lo que tenemos es un único contrato y para poder modificar el mismo se necesita autorización de la otra parte, por lo que la Aseguradora podrá proponer una modificación y si dicha modificación no es aceptada lo que le queda a la Aseguradora es anular la póliza al vencimiento con todos los requisitos legales.

5. EL SINIESTRO.

Es el momento de comprobar ahora si el producto que hemos adquirido se corresponde con nuestras expectativas, y lo es también de valorar si la Aseguradora con la que hemos contratado responde con una gestión ágil o si por el contrario comienza un calvario a veces interminable.

5.1 El deber de Salvamento.

El asegurado o el tomador deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de esta obligación dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta los daños y el grado de culpa.

Los gastos que originen salvo que sean inoportunos o desproporcionados serán por cuenta del asegurador, aunque no hayan resultado efectivos.

Existe un error muy habitual, incluso entre los profesionales del sector, por el cual se indica al Asegurado que no realice ninguna gestión y que tome una actitud totalmente pasiva con los daños, hasta que el perito de la Aseguradora compruebe los mismos. El problema es que en muchos casos en los que hay daños por agua ni se repara la avería –y los daños se agravan–, ni se retiran los objetos del lugar, con lo que en muchas ocasiones los bienes, cuando llega el perito, –si es que llega– ya no son recuperables cuando con una simple limpieza o pequeña reparación hubiera sido suficiente. Llegados a esta situación la aseguradora podría abonar únicamente los daños por la posible recuperación de los objetos pero no su pérdida total, salvo que el Asegurado pueda acreditar que obró de esa forma por obedecer instrucciones de la propia aseguradora, cosa que tendrá difícil acreditación.

Por tal motivo, lo lógico es tener una actitud activa frente a los daños, ir dando orden de reparación dejando sin cerrar la avería para que lo pueda verificar el perito o bien hacer un reportaje fotográfico, y lo mismo con los objetos. El perito no tiene porqué ver como sale el agua por la tubería rota ni como están flotando los objetos, lo que tenemos que dejar son vestigios de los

daños para su acreditación, de esta forma no tendremos problemas con el agravamiento de los daños.

5.2 Comunicación

La Ley de Contrato de Seguro y los condicionados en general, indican que el tomador del seguro o asegurado, deberán comunicar el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

La comunicación del siniestro fuera de ese plazo, no implica ni mucho menos que la aseguradora pueda rechazar el abono de los daños, pues la consecuencia de ese incumplimiento es el abono de los daños y perjuicios causados a la aseguradora. Daños y perjuicios que en un siniestro de daños propios no existen por cuanto es el propio obligado a la comunicación el que va a ser el preceptor de la indemnización.

Otra cosa es que por no haber comunicado un siniestro en plazo, habiendo terceros perjudicados a la aseguradora se le condene a pagar unos intereses moratorios por esa falta de comunicación, en cuyo caso sí se le estaría causando un perjuicio.

Por tanto, el plazo para comunicar el siniestro es el de dos años para los daños materiales y cinco para los daños personales, otra cosa es que después de ese tiempo se puedan acreditar o no los daños reclamados, pero eso es cuestión aparte.

5.3 Actuación de la Aseguradora

Cuando la aseguradora recibe una comunicación de siniestro, inicia con su apertura el sistema de tramitación, que en la mayoría de los casos pasa por realizar un encargo a un perito para que realice un informe con las causas del siniestro, la valoración de los daños y si el riesgo y capitales coinciden con el declarado en el contrato.

Salvo que la causa de la reclamación esté claramente excluida, en cuyo caso la aseguradora procederá a rechazar las consecuencias del siniestro, la aseguradora esperará a la entrega del informe para determinar si la causa está cubierta y cual es la cuantía de los daños.

5.4 Los primeros cuarenta días

El artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro indica: *“El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas”*.

El presente artículo da pues un plazo de cuarenta días para que la Aseguradora proceda al pago. Si bien, indicar que dicho plazo es el más vulnerado por el sector asegurador, y lo hacen de forma sistemática. Las aseguradoras son reacias a realizar pago a cuenta y prefieren esperar a realizar la oferta por la cantidad total, en caso de que la misma aún esté pendiente de determinar. A esto hemos de añadir que la consecuencia de su incumplimiento es nula, pues en caso de no realizar el abono no implica penalización alguna, ya que los intereses moratorios los tendrá que abonar cuando hayan pasado tres meses desde la comunicación sin haber realizado el pago.

Incluso a veces, en este plazo tienen el informe cerrado y como el asegurado no está conforme con la cuantía, no realizan el pago a cuenta como importe reconocido, reteniendo el pago y “chantajeando” al asegurado para que firme el finiquito, ya que de no ser así no abonarán cantidad alguna.

En todo caso, una vez transcurridos los cuarenta días sin que la cuantía total haya sido determinada, el asegurado podrá iniciar el nombramiento de perito que veremos detenidamente en el apartado 5.6.3.

5.5 Los tres meses

Transcurridos los tres meses desde la comunicación del siniestro sin que la Aseguradora haya procedido al pago de la indemnización, deberá proceder al abono de los intereses calculados al interés legal más el cincuenta por ciento durante los dos primeros años y calculados al 20% anual a partir del segundo año¹⁸.

Si bien, debemos de analizar detenidamente como regula la póliza el pago de intereses a partir de los tres meses, pues existen contratos que indican: *“Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese realizado el pago, la indemnización se incrementará en un 20 por 100 anual”*. Evidentemente con esta redacción el abono de intereses será del 20% anual a computar desde la fecha del siniestro, cláusula además que será perfectamente válida pues es favorable a los derechos del Asegurado.

En cualquier caso el artículo 20 de la LCS, que regula los intereses, parece dejar sin efecto el plazo del artículo 18 –pago mínimo– pues si bien la aseguradora deberá realizar el pago mínimo en cuarenta días, no abonará intereses hasta que transcurran los tres meses.

5.6 La liquidación del siniestro

5.6.1 El rechazo por parte de la aseguradora.

No existe norma alguna que obligue a la aseguradora a realizar el rechazo del siniestro en un plazo determinado, y lo que es más grave ni siquiera existe norma que le obligue a realizar dicha comunicación.

Son muy pocos los condicionados que regulan dicha circunstancia, y los que lo hacen indican que al término de las investigaciones y peritaciones la aseguradora comunicará por escrito el rechazo del siniestro, indicando los motivos del mismo. No obstante en caso de no hacerlo no tiene consecuencia alguna para la aseguradora.

Por tanto, en la mayoría de las ocasiones nos enteraremos del rechazo de la aseguradora de forma verbal y las menos de forma escrita, y probablemente habrá alguna ocasión en la que no haya ni comunicación.

5.6.2 Aplicación de las cláusulas, y en su caso de la regla proporcional, la franquicia y la regla de equidad. Orden de aplicación.

Una vez que la aseguradora ha determinado que el siniestro tiene cobertura y habiendo el perito valorado los daños, procede la aplicación de las cláusulas dependiendo de lo pactado en el contrato (véase casos prácticos).

Uno de los supuestos más complejos a la hora de aplicación de todas las posibles cláusulas podría ser el siguiente ejemplo:

Incendio en una nave industrial con capitales asegurados de:

Continente 1.600.000 € (prima 1 por mil) y Contenido 500.000 € (prima 3 por mil).

La póliza incluye compensación de capitales, franquicia de 3.000 € para daños en continente, y forma de aseguramiento a valor de reposición.

Realizado el informe pericial con acuerdo de ambas partes, los peritos determinan que:

El valor de interés asegurado es: Continente 1.000.000 € y Contenido 800.000 €. Así mismo, en el momento del incendio no estaba operativo el sistema de extinción, si bien se le había aplicado un descuento del 20% sobre la prima.

Los daños fueron los siguientes: Continente 500.000 € (la depreciación es del 20% por lo que el Valor Real de los daños 400.000 €) y Contenido 400.000 €, al que no se aplica depreciación por ser mercancía nueva.

Se trata ahora de realizar la liquidación del siniestro:

1º - Dado que la póliza incluye la compensación de capitales, el primer paso será actualizar los mismos, para comprobar si existe infraseguro:

Capital sobrante 600.000 x prima sobrante 1 / prima compra 3 = 200.000 €

Los capitales actualizados quedarían por tanto en: Cte. 1.000.000 y Ctdo: 700.000 por lo que en lo referente al Contenido sigue existiendo infraseguro.

2º- Liquidación de los daños en Continente.

Dado que en esta partida no tenemos problema de infraseguro podemos proceder a la liquidación, que sería de la siguiente forma:

La aseguradora tendría que realizar un primer pago de 317.600 € que resultarían de; 400.000 € de los daños a valor real menos 3.000 € de la franquicia. Si bien a la liquidación del siniestro 397.000 € habrá que aplicarle la Regla de Equidad por insuficiencia de prima por falta de medidas de extinción. Que sería $397.000 \times 0,8 / 1 = 317.600 \text{ €}$

Posteriormente y una vez que el Asegurado acredite la reposición del bien, la Aseguradora abonará los 80.000 € que es la diferencia que debe abonar por el Valor de Reposición. El total por esta partida sería: $500.000 - 3000 = 497.000$ y aplicación de Regla equidad $497.000 \times 0,8 / 1 = 397.600 \text{ €}$. A lo que habrá que descontar lo ya abonado.

3º Liquidación de daños del Contenido:

Al contenido tenemos que aplicarle la regla proporcional por infraseguro y al resultado aplicar la regla de equidad, por lo que el resultado sería:

Regla Proporcional: $400.000 \times 700.000 / 800.000 = 350.000 \text{ €}$

Regla Equidad: $350.000 \times 0.8 / 1 = 280.000 \text{ €}$ que sería el importe final a abonar.

Es aquí donde suelen presentar los problemas técnicos a la hora de la liquidación, pues se pueden dar casos verdaderamente complejos en los que se tengan que aplicar prácticamente todas las cláusulas del contrato.

Como resumen, el orden de aplicación sería:

1º Compensación de capitales, para disminuir o reducir el infraseguro.

2º Posteriormente procedería la aplicación de la Regla Proporcional, ya que la Ley indica que si en el momento de la producción del siniestro la suma asegurada es inferior al valor del interés, el asegurador deberá indemnizar el daño causado en la misma proporción, es decir, el asegurado se convierte en su propio asegurador y asume el mismo porcentaje en los daños que falte por asegurar con respecto a la cantidad total.

3º A continuación se aplicaría la franquicia, pues es la parte del siniestro cubierto por la aseguradora que debe asumir el asegurado.

4ª Y por último se aplicaría la Regla de Equidad, pues la Ley indica que se reducirá "*la prestación*", entendiendo por prestación el pago que le hubiera correspondido abonar a la aseguradora como liquidación definitiva.

5.6.3 Disconformidad con la indemnización por parte del Asegurado.

En la gran mayoría de los casos el problema que surge con la Aseguradora, es la discrepancia con el importe de la indemnización.

Una recomendación importante es que en caso de que la Aseguradora nos haya realizado un ingreso directamente en la cuenta, nunca se devuelva la cuantía que nos han pagado, pues lo único que conseguimos es devolver un dinero que ya es nuestro y por el que no vamos a percibir intereses de ningún tipo si el pago lo ha realizado en plazo, ya que en este caso el que incurre en mora es el Asegurado y no la Aseguradora, además la aceptación de esa cuantía es acorde con el pago mínimo reconocido en la Ley y su recepción no nos vincula para nada en caso de disconformidad.

La Ley de Contrato de Seguro ha regulado expresamente el artículo 38, cuya finalidad no es otra que la de evitar un procedimiento judicial, cuando el motivo sea única y exclusivamente la discusión sobre el importe a indemnizar.

Indicar que la aplicación del precitado artículo es obligatoria¹⁹, siempre y cuando la discusión se centre en la cuantía, pues si se discute además de ésta la cobertura ya quedaría abierta la vía judicial.

Por tanto, el acudir directamente al juzgado reclamando la diferencia es altamente peligroso, pues la Aseguradora puede alegar inadecuación de procedimiento o bien oponer como motivo de fondo el no haber iniciado el procedimiento indicado en el precitado artículo. Las resoluciones de los juzgados principalmente se resuelven de dos formas, los hay que resuelven por Auto –algunos sin imposición de costas– como una cuestión procesal y los que resuelven como tema de fondo por medio de sentencia, en cuyo caso además impondrán las costas del procedimiento y obligarán al asegurado a iniciar el procedimiento extrajudicial. Si bien, el juez solo podrá resolver en este sentido cuando la Aseguradora lo plantee expresamente, pues de no ser así, se entiende que ambas partes renuncian a su aplicación.

El procedimiento por tanto se debe de iniciar cuando la Aseguradora realiza una oferta que entendemos es insuficiente. Pero en ningún caso antes de transcurridos los cuarenta días, pues el artículo 18 es el plazo que da para el posible acuerdo entre las partes. Entiendo que el nombramiento antes de dicho plazo sería nulo.

Transcurrido por tanto el plazo para el pago mínimo, se haya realizado o no por la aseguradora, cualquiera de las partes puede iniciar el procedimiento.

Lo normal es que sea el Asegurado, quien tenga que utilizar dicha opción, pues si la Aseguradora ha tramitado conforme a la Ley, habrá hecho el pago mínimo reconocido y por tanto ni habrá incurrido en mora, ni incurrirá, ya que si posteriormente resultase que debe abonar una cantidad superior no tendrá que abonar interés alguno, si abona a los cinco días desde que la peritación fuese inatacable o en caso de que no fuese así, abonará los intereses de la diferencia desde esa fecha. Por lo tanto, es el asegurado el que no está de acuerdo con la cuantía el que tiene que “mover ficha” para desbloquear el siniestro.

Así pues, el paso a seguir es el nombramiento de perito, que deberá realizarse de manera indubitada y cuya recepción se pueda acreditar, ya que desde dicha fecha empezará a contar el plazo de ocho días –naturales– para que la otra parte nombre el suyo.

A partir de éste nombramiento se pueden dar tres situaciones:

1ª - Que la otra parte no nombre o nombre fuera de plazo, en este caso el perito designado aunque tenga una relación contractual con la parte que lo nombró –pues es quien tendrá que abonar los honorarios– representa a ambas partes y de su dictamen nacen obligaciones que no vinculan a una sino a las dos y por tanto respondiendo ante ambas por omisiones y actuaciones culposas²⁰.

El informe pericial emitido por el perito nombrado por una de las partes, ante la incuria de la otra parte en nombrar el suyo, no es susceptible de impugnación judicial alguna, pues de no entenderlo así, carecería de todo sentido el carácter vinculante para dicha otra parte que, de modo imperativo, atribuye al referido informe emitido por el perito único, a diferencia de lo que ocurre cuando el informe se emite por dos peritos nombrados, respectivamente, en cuyo supuesto cabe la posibilidad de impugnación judicial²¹.

Dado que en muchas ocasiones a la Aseguradora se le pasa el plazo de los ocho días –pues si se le comunica un viernes, realmente tiene cinco días para el nombramiento y siempre que no haya algún festivo– suelen comunicar su perito de forma extemporánea y alegan posteriormente que el plazo del nombramiento de perito comienza a contar no desde la recepción del nombramiento, sino desde que la aseguradora recibe la aceptación del encargo por escrito del perito.

Criterio que no podemos compartir pues dicha interpretación ni mucho menos está así regulada en la Ley, ni lo ha interpretado en ese sentido el Tribunal Supremo.

Así la sentencia STS 10 mayo 1989, en la que la Aseguradora remite telegrama que literalmente indica al asegurado que:

«designara un perito para la valoración de los daños y se lo comunicara de inmediato para la posterior valoración conjunta de los mismos»,

evidentemente esta designación no es tal pues como indica el Tribunal Supremo, *no cumple los requisitos previstos en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro*,

«toda vez que en el mismo no consta que la parte requirente haya designado un perito, y por consiguiente tampoco consta en quien haya podido recaer dicho nombramiento, ni que el perito designado haya aceptado el cargo»,

por lo que concluye que este requerimiento no puede surtir efecto alguno, al desconocer la parte requerida los anteriores extremos, es evidente que si en el requerimiento consta que la parte ha nombrado perito y la identificación del mismo es perfectamente válido en nombramiento.

Recordemos, que lo importante es que la parte contraria sea conocedora del nombramiento del perito y sobre quien ha recaído ese nombramiento. Esto es ratificado en la sentencia STS 25 julio 1995, en la que precisamente se denuncia:

“«infracción del artículo 38, párrafo cuarto, de la Ley 50/1980, de 8 octubre, de Contrato de Seguro» y en su alegato el recurrente aduce, en esencia, que no consta la aceptación por escrito del Perito señor P. M. que nombró la entidad aseguradora y que dicho nombramiento, dice, no le fue notificado al asegurado señor Q. P., por lo que la entidad aseguradora, concluye el recurrente, debe

quedar vinculada por la valoración hecha por el Perito que él nombró.

El expresado motivo ha de ser desestimado por cuanto consta acreditado que el Perito nombrado por la entidad aseguradora (señor P. M.) aceptó por escrito su nombramiento, como así viene a manifestarlo en el encabezamiento del dictamen que emitió en 8 de octubre de 1987 (folios 52 a 57 de los autos) y que del referido nombramiento de Perito (que fue el primero que se hizo), así como del dictamen por él emitido, tuvo conocimiento el asegurado señor Q. P., por la constante relación que éste tuvo con la entidad aseguradora, por lo que no puede pretender que el informe valorativo que el Perito por él nombrado emitió con mucha posterioridad (14 de enero de 1988) al que ya tenía emitido (en 8 de octubre de 1987) el nombrado por la entidad aseguradora, pueda ser vinculante para ésta, pues dicha posibilidad sólo está legalmente prevista para el supuesto de que una de las partes no nombre Perito (párrafo 4.º del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro),”

En conclusión; en cuanto a la forma del nombramiento, no se requiere una especial, se trata tan solo de una cuestión de prueba y en cuanto al contenido de la notificación debe constar la designación de un perito, identificándolo. La jurisprudencia ha admitido el requisito de la notificación del perito a la otra parte cuando ésta hubiera tenido conocimiento del mismo por otros medios y es dentro de los ocho días cuando se debe realizar el nombramiento. Y en cuanto a la aceptación por escrito del perito, tanto la Ley como la jurisprudencia indica que tiene que constar por escrito, - valiendo incluso dicha indicación en el propio informe -, pero dicho motivo no es ni mucho menos causa de nulidad del nombramiento, ni de suspensión del plazo. Que debe contar desde el requerimiento efectuado a la otra parte.

2ª - Que la otra parte nombre perito, en cuyo caso se deberá de realizar por ambos un acta conjunta, que puede ser de conformidad o de disconformidad.

No obstante el acta aunque sea de conformidad no implica que ya vincule a las partes, pues la misma puede ser impugnada, si bien tendrá que serlo de forma expresa²², ante el juzgado en 30 días por la Aseguradora y 180 por el Asegurado.

Los principales motivos de impugnación²³ suelen ser:

A.- Falta de notificación del acta de forma inmediata e indubitada.

B.- El no reunir el acta los requisitos del párrafo quinto, que son:

a.- Las causas del siniestro. La cobertura no es cuestión de la pericia por lo que los peritos no pueden entrar en dicha valoración que es puramente jurídica.

b.- La valoración de los daños. Por haberla realizado a tanto alzado. Sin distinguir entre partidas como Continente y Contenido. Basarse en presunciones. No ajustarse a las normas de peritación fijadas en póliza o en la normativa. Por falta de deliberación. Por carecer de todo rigor para alcanzar una valoración del daño producido y la consiguiente indemnización al incluir en la operación aritmética las valoraciones hechas por la asegurada y por su perito, careciendo el dictamen pericial de todo elemento de juicio que permita apreciar su objetividad en caso de impugnación por alguna de las partes²⁴

c.- Las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización según la naturaleza del seguro de que se trate. No hacer mención a si los capitales son correctos a efectos del infraseguro, al tipo de riesgo.

d.- La propuesta del importe liquido de la indemnización. Errónea aplicación de las cláusulas, como compensación capitales, regla proporcional, franquicias, etc...

En caso de que la impugnación se lleve a cabo y sea estimada, será ya el Juzgado el competente para determinar la cuantía de los daños.

3ª - En caso de disconformidad entre los peritos de las partes, procederá el nombramiento del tercer perito. Si bien, tiene que ser por acuerdo de ambas

partes, pues ninguna puede imponer a la otra ni un perito determinado, ni que elija de entre una relación.

En caso de no haber acuerdo deberá de solicitarse el nombramiento por vía judicial, y es aquí donde a veces aparecen los problemas, no por el nombramiento en sí, sino porque el perito nombrado judicialmente en muchos casos desconoce el procedimiento y lo que hace es un informe pericial unilateral indicando que no tiene porqué ponerse de acuerdo con los otros dos peritos, y esto es lo que provoca es la nulidad del procedimiento²⁵, pues cuando la Ley habla de dictamen por unanimidad o mayoría debe entenderse como un dictamen elaborado conjuntamente por los peritos –en este caso los nombrados por las partes y el nombrado por el Juez– pues los peritos en este procedimiento no actúan como asesores, sino como decisores, en una actividad similar a la del árbitro²⁶, y por tanto deben de realizar un acta conjunta, que es por otra parte la que se podrá impugnar como decisión colegiada y no un informe particular.

Finalizado el procedimiento, la aseguradora deberá abonar la diferencia en el plazo de cinco días para no incurrir en mora, y en caso de que no haya realizado el pago mínimo abonará los intereses del artículo 20, desde la fecha del siniestro ya que es perfectamente compatible el artículo 18 –pago mínimo– con el artículo 38²⁷.

5.6.4 Conformidad con la indemnización.

Al no existir en este caso conflicto entre ninguna de las partes, lo único que queda es el cobro de la cuantía. Si bien, hay aseguradoras que proceden a realizar el pago directamente otras en cambio solicitan la firma previa del finiquito.

La indemnización puede ser sustituida, siempre por acuerdo de las partes, por la restitución del bien.

5.7 El seguro múltiple y coaseguro.

La principal diferencia entre ambas figuras es que en el seguro múltiple el riesgo está asegurado con varias pólizas en distintas Aseguradoras, mientras que en el coaseguro –que puede ser abierto si constan las aseguradoras en la póliza o cerrado al que es ajeno el asegurado– el riesgo está asegurado con un solo contrato en varias Aseguradoras.

La Ley de Contrato de Seguro, no prohíbe ni mucho menos que un riesgo esté asegurado en más de una Aseguradora, ni que el mismo esté sobre asegurado, lo único que prohíbe es el enriquecimiento injusto, pues evidentemente no podemos cobrar dos veces el mismo daño por muy asegurado que lo tengamos dos veces.

En la mayoría de los casos el seguro múltiple coincide con un Seguro de Hogar y uno de Comunidad. Lo que estipula la Ley concretamente es que cada aseguradora contribuirá a la indemnización en proporción a la propia suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Lo que esto significa, pese a lo que algunos creen, es que ninguna de las Aseguradoras debe abonar la totalidad de los daños y después recobrar a la otra, sino que cada una abonará su cuota correspondiente. Otra cosa es que por motivos comerciales la aseguradora del Hogar –atendiendo a su cliente– asuma la tramitación y el abono del daño y después gestione el recobro, pero desde luego no existe obligación legal alguna de que lo haga.

Otro error habitual que suele ocurrir, es en el reparto de la cuota cuando coincide Comunidad y Hogar, lo que suele hacer el perito de la Comunidad es dividir el capital asegurado entre la cuota de participación del piso y así calcular el capital que le corresponde a esa vivienda con concreto. Esto es una barbaridad desde el punto de vista técnico asegurador. El riesgo asegurado es indivisible y el capital corresponde al riesgo en su totalidad sin posibilidad de individualizar una parte del mismo, eso sería lo mismo que decir que en un seguro de hogar la vivienda tiene un infraseguro en el salón porque a los metros que tiene le corresponde menos capital. El perito lo que tiene que

verificar es si la Comunidad, en su totalidad está bien o mal asegurada, pero no en base a la cuota de participación.

Veamos un ejemplo muy sencillo:

Una comunidad de dos viviendas con los mismos metros cuya cuota de participación sería del 0,5 por piso. Ambos propietarios han comprado en obra, pero el del primer piso ha realizado importantes obras de reforma y por tanto de mejora. Se contrata un seguro de comunidad siendo el capital asegurado de 300 000 €

Al producirse el siniestro el perito visita el piso primero y le aplica regla proporcional pues el capital que le corresponde es de 150 000 € según la cuota de participación y el valor de la vivienda es de 200 000 €. Evidentemente lo que el perito no sabe, es que la Comunidad está bien asegurada pues los capitales son de 200 000 € del primer piso y 100 000 € del segundo, no existe por tanto infraseguro.

Pues pese a lo indicado, hay aseguradoras que saltándose este principio, emiten certificados indicando el capital asegurado para un piso concreto para acreditar el aseguramiento y poder concertar una hipoteca.

A la única conclusión a la que podemos llegar por tanto es que el seguro de Comunidad tendrá que participar con todo el capital asegurado y la aseguradora de Hogar evidentemente con todo el suyo, lo que provocará que sea la aseguradora de la Comunidad la que tenga que abonar prácticamente la totalidad de los daños.

En lo referente al Coaseguro, es más habitual en riesgos industriales y suelen constar las Aseguradoras con los porcentajes que asume cada una, si bien en el algunas pólizas consta que será una determinada Aseguradora – llamada abridora– la que asuma las comunicaciones y los pagos frente al Asegurado.

5.8 El pago al beneficiario. Los acreedores privilegiados

La aseguradora debe abonar al propietario del bien asegurado, como titular del interés, ya que si la entidad aseguradora abonase la indemnización a cualquier otra persona se produciría un enriquecimiento injusto ya que esa persona no ha sufrido un menoscabo económico. Realmente en el seguro de daños no existe la figura del beneficiario –como en un seguro de vida–, por lo que normalmente suele coincidir esa figura con la del asegurado. No obstante la Ley de Contrato de Seguro, reconoce al acreedor hipotecario un derecho sobre la indemnización, regulando el derecho al acreedor en caso de reconstrucción del bien siniestrado.

La Ley por tanto le reconoce un derecho sobre la indemnización en caso de destrucción del bien hipotecado, ya que le obliga al tomador a comunicar a la aseguradora la existencia de la hipoteca. Por lo que en caso de siniestro, la aseguradora tendrá que pedirle consentimiento para el pago de la indemnización al asegurado y si pasados tres meses desde dicha solicitud sin oposición por parte del mismo no contesta se entenderá el consentimiento. En caso de que no se alcanzase un acuerdo entre el titular de la garantía hipotecaria y el asegurado tendrá que consignar la indemnización.

Pero de lo hasta aquí expuesto no se deduce que el acreedor hipotecario tenga condición de beneficiario, con derecho propio a cobrar la indemnización del bien, pues lo que le reconoce la Ley es que el derecho a la garantía real se extienda a la indemnización, pero dicha indemnización únicamente debe de ser entregada al titular del bien asegurado, es decir, al propietario.

Sin embargo en algunos contratos se estipula que el acreedor hipotecario es beneficiario del seguro o que el propietario cede sus derechos. Este tipo de cláusulas son contrarias al carácter indemnizatorio de los seguros de daños y de hecho la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las considera inadecuadas y contrarias a las buenas prácticas y usos en el ámbito de los seguros privados.

5.9 Subrogación del Asegurador.

Una vez pagada la indemnización el Asegurador podrá reclamar la misma a las personas responsables hasta el límite abonado. Si bien, no podrá recobrar contra ninguna de las personas sobre las que el asegurado deba de responder, ni contra parientes en línea directa o colateral hasta el tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado.

En caso de concurrencia de asegurador y asegurado frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá proporcionalmente. Esto significa que si por cualquier motivo el asegurado ha tenido que soportar parte de los daños –sea por existencia de franquicia, regla proporcional o equidad– y se recobrase solo una parte de la indemnización, bien por una concurrencia de culpas o por ser insolvente el responsable, la cuantía se deberá de distribuir en forma proporcional a lo abonado por cada parte. Hay alguna aseguradora que al recobrar una parte de la indemnización le indica al asegurado que como tiene franquicia primero recobra la aseguradora y si queda algo de sobrante lo rembolsarán con cargo a la franquicia, esta forma de actuar es irregular.

5.10 Duración, prescripción y jurisdicción

La duración del contrato –estamos hablando de seguros no vida–, se determinará en la póliza, y nunca podrá ser superior a diez años, si bien podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un periodo no superior a un año, siendo esta la opción generalmente elegida.

El plazo para reclamar a nuestra aseguradora es de dos años en los seguros de daños y de cinco en los seguros de personas, y en caso de que tengamos que acudir a la vía judicial por causa del contrato el juzgado competente será el del lugar del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier otro pacto en contrario.

6.- LA TRANSMISIÓN DEL OBJETO ASEGURADO.

La Ley lo recoge expresamente en sus artículos 34 y 35. La normativa establece en principio que con el bien se trasmite el seguro, salvo que en las condiciones generales exista pacto en contrario, por tanto habrá que estar a lo indicado en el contrato para determinar si ha habido transmisión del seguro o no.

En caso de que el contrato no lo regule, el adquirente se subrogará en todos los derechos del anterior titular, pudiendo anular el contrato con la aseguradora.

El asegurado está obligado a comunicar por escrito al adquirente la existencia del contrato del seguro de la cosa transmitida y una vez verificada la transmisión, también deberá comunicarla por escrito al asegurador en el plazo de quince días y ojo con esta obligación, pues en la mayoría de los casos el tomador se olvida de la aseguradora sin saber que si con la venta se produce una agravación del riesgo, la aseguradora le podría repercutir los daños y perjuicios causados.

El asegurador podrá rescindir el contrato dentro de los quince días siguientes a aquél en que tenga conocimiento de la transmisión, quedando obligado en el plazo de un mes y debiendo restituir la parte de prima que no haya soportado el riesgo. Pero dicha prima debe de restituírsela al adquirente ya que se ha subrogado desde el momento de la venta.

En caso de que el contrato establezca que el seguro no se transmite, la prima no consumida quedará en poder del asegurado que podrá aprovecharla para asegurar otro riesgo.

Con respecto a los seguros obligatorios se transmite por ley el seguro, no siendo válido ningún pacto en contra.

7.- LA RESCISION DE LA PÓLIZA.

El contrato de seguro es un contrato formal, nace por escrito y debe de “morir” por escrito, aunque existe alguna sentencia²⁸ que indica que puede obviarse la comunicación escrita siempre que exista consentimiento o admisión por ambas partes, pero tendremos el problema de la prueba, pues una de las partes se puede desdecir posteriormente, pudiendo alegar el incumplimiento del artículo 22 de la LCS.

Lo que está claro, es que la devolución o el no abono del recibo correspondiente no anula la póliza sino que la deja en todo caso en suspenso. Como indica el artículo 15 de la LCS, en caso de falta de pago de una prima sucesiva la cobertura quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento –es el conocido como mes de gracia– y si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó la prima. La suspensión lo que implica es que nos quedamos provisionalmente sin cobertura para daños propios a partir del mes de gracia, pero dado que el contrato no se ha resuelto en caso de que se produjese un siniestro en el que se viese afectada una cobertura de responsabilidad civil, la aseguradora debe de asumir el pago frente al perjudicado, sin perjuicio de correspondiente recobro.

7.1 Antes del vencimiento.

Actualmente aún encontramos cláusulas en los contratos que están redactadas en los siguientes términos:

“Hay otras circunstancias que pueden hacer que el tomador del seguro o la compañía soliciten la rescisión del contrato... Tras producirse una comunicación de siniestro, avisándose mutuamente hasta quince días después de que se hubiera pagado la indemnización o se hubiera, en su caso, rechazado la cobertura del presunto siniestro. Si es la compañía quien rescinde, prorroga la cobertura durante quince días para que el tomador del seguro tenga tiempo de contratar otro seguro y le devuelva la prima correspondiente al tiempo no cubierto”

Pues bien, dicha cláusula que puede ser válida para cualquier tipo de contrato, pero no lo es para el contrato de seguro, y ha sido declarada nula por sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª de 4 de marzo de 2002, ponente Sr. Trujillo Mamely, pues el contrato como dice la sentencia no se agota por el cambio de la prestación, sino que es un contrato de ejecución continuada, de tracto sucesivo continuo, durante el plazo pactado, sin perjuicio de la rescisión establecida en la Ley. Haciendo referencia también a la indivisibilidad de la prima para afirmar que el contrato debe cumplirse por el tiempo pactado.

Efectivamente la aseguradora lo que busca con este tipo de cláusula es el poder anular la póliza en cuanto detecte que el riesgo asegurado no le es rentable, por lo que no debe ser aceptada la misma, vulnerando la duración del contrato que regula el artículo 22 de la LCS.

A raíz de esta sentencia las aseguradoras han ido puliendo la redacción de la cláusula para al modificarla poder alegar que ya no es la misma, así encontramos redacciones que indican;

“después de haberse declarado un siniestro, haya o no dado lugar a indemnización, el tomador o la aseguradora podrán rescindir el contrato comunicándolo con un plazo de quince días, y procederá en todo caso extorno de prima”

evidentemente sigue siendo más de lo mismo, lo que pasa es que ahora se indica que sea quien sea el que pida la rescisión procederá la devolución de la prima no consumida. Entiendo que la única cláusula válida en este sentido sería la que da la opción únicamente al asegurado de rescindir el contrato con extorno de prima, lo que se correspondería más o menos con “y si no queda satisfecho le devolvemos su dinero”, hay alguna Aseguradora que lo ha incluido pero sin necesidad de rescisión del contrato.

Por tanto, las únicas causas de extinción del contrato antes del vencimiento de la póliza son las que vienen única y exclusivamente estipuladas en la Ley, que serían:

- Que no exista el riesgo. En este caso el contrato sería nulo. (artículo 4)
- Que no exista el interés asegurado. El contrato sería nulo (artículo 25)
- Conocimiento de la inexactitud o reserva por el asegurador del cuestionario (artículo 10)
- Agravación del riesgo durante la vigencia del contrato (artículo 12)
- Transmisión del bien asegurado. (artículo 35)

Fuera de estos supuestos no cabe la anulación de la póliza antes del vencimiento.

Existe un supuesto, que prácticamente se da en el seguro de daños del vehículo, y es que el riesgo desaparece, bien por haber sido robado o por haber tenido daños de consideración que hacen inviable su reparación. Este supuesto no está contemplado en la Ley, ni en la mayoría de los contratos, lo que está claro es que la Aseguradora no tiene obligación de extornar la prima no consumida, por el principio de indivisibilidad ya comentado y porque como acabamos de ver la Ley no indica nada sobre la desaparición sobrevenida del riesgo, así que en este supuesto habrá que estar a las prácticas del mercado, que por norma general dejan aprovechar la prima para otro riesgo siempre y cuando se realice el nuevo aseguramiento antes del vencimiento de la póliza, otras dan plazos más largos –un año–, dejando la póliza suspendida hasta que se le comunique el nuevo riesgo.

7.2 Al vencimiento.

Fuera de los casos –excepcionales– indicados anteriormente, la mayoría de las pólizas se anulan al vencimiento.

Si bien una gran mayoría lo hace de forma irregular, pues la Ley expresamente indica que se dirigirá notificación por escrito, con dos meses de anticipación al vencimiento del contrato.

Todos estamos de acuerdo en que el plazo –recordemos que se puso en el año 1980– esta totalmente desfasado y es excesivamente largo en la era de las telecomunicaciones. Por tanto debe de ser unas de las modificaciones a plantear en la nueva Ley de Contrato de Seguro. Actualmente existen contratos en los que el plazo para el asegurado se fija en siete días, siendo perfectamente válido pues beneficia al asegurado.

7.3 El incumplimiento de los plazos por alguna de las partes.

La consecuencia de no comunicar en plazo la no renovación, puede ser que la Aseguradora no acepte la misma y obligue al tomador al abono de la prima, por tanto no podemos fiarnos del mediador que nos dice que no pasa nada por devolver el recibo del banco o por comunicar la baja unos días antes y que contratemos en otra aseguradora que es más barata, pues la reclamación de la prima no depende de su voluntad y además legalmente la aseguradora está legitimada para reclamarla. Otra cosa es que habitualmente las aseguradoras no reclamen la prima –por motivos comerciales–, pero garantía total no la tendremos, salvo que la aseguradora acepte dicha anulación expresamente.

Lo único que nos puede salvar del pago de la reclamación de la prima, es que si esta información nos la da un Corredor, será éste el que deberá abonar la prima reclamada al haber incurrido en responsabilidad civil por el mal asesoramiento.

En caso de que sea la Aseguradora la que comunique la anulación fuera de plazo, se le podrá obligar a dar cobertura por la siguiente anualidad.

Ni que decir tiene, que aunque se comunique fuera de plazo la anulación, la misma se podrá realizar siempre que sea aceptada por ambas partes.

-
- ¹ Sentencia Tribunal Supremo fecha 4/09/2008 Recurso 783/2008 Ponente: D. Juan Antonio Xiol Rios.
- ² Sentencias Tribunal Supremo 23/09/1997 – 17/02/2004 – 21/02/2003 – 14/06/2002 – 22/05/2003, entre otras.
- ³ Sentencias Tribunal Supremo: 09/07/1982 – 29/02/1984 – 06/11/1995
- ⁴ Audiencia Provincial de A Coruña, Sección Tercera, 13/01/2006, Rollo 1476/2005, ponente D. Rafael-Jesús Fernández-Porto García
- ⁵ Sentencias Tribunal Supremo fecha 23/06/1986 - 4/09/2008.
- ⁶ Sentencias Tribunal Supremo 24/05/1988 – 07/04/1994
- ⁷ Audiencia Provincial Secc. Tercera de A Coruña, Recurso 689/2004 de 26/09/2004
- ⁸ Sentencias Tribunal Supremo 28/02/1990 – 28/02/1998 – 28/11/2000
- ⁹ Sentencia Tribunal Supremo 14/03/1994
- ¹⁰ Sentencias Tribunal Supremo 01/10/1989 – 12/12/1995 – 25/05/1996 – 04/09/2008 entre otras
- ¹¹ Sentencia Tribunal Supremo 22/10/2008
- ¹² Sentencias de 29-1-1996 y 17-4-2001, que citan las 9-11-1990, 16-10-1992, 9-2-1994 y 18-9-1999
- ¹³ Sentencias de 16 de mayo y 16 de octubre de 2000
- ¹⁴ SSTs de 2 de febrero de 2001; 14 de mayo de 2004; 17 de marzo de 2006, Sala 1º Pleno de 11 de septiembre de 2006
- ¹⁵ STS de 5 de octubre de 2006
- ¹⁶ R.D. 300/2004, de 20 de febrero. Riesgos cubiertos: Terremotos, maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica, caída cuerpos siderales y aerolitos, terrorismo, rebelión, sedición, motín, tumulto popular y Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- ¹⁷ Audiencia Provincial Secc. 4º A Coruña, 29/09/2005
- ¹⁸ Sentencia 251/2007 de fecha 01/03/2007 Pleno Sala Primera del Tribunal Supremo.
- ¹⁹ Tribunal Supremo Sentencias: 17/07/1992, 20/05/2002, 06.11/2003, 26/01/2004, 02/02/2007, 02.03/2007
- ²⁰ STS sala 1ª, 17 de julio de 1992, entre abundantísima jurisprudencia
- ²¹ STS 15.07.88, 10.12.88, y 15.02.90, establecen una presunción legal de naturaleza “iuris et de iure” y no “iuris tantum.
- ²² Sentencias Tribunal Supremo de 4-6-1994, 9-2-1995, 26-9-1997 y 16-10-2000
- ²³ Sala Primera, de lo Civil nº 1194/2002, de 09 de Diciembre 2002
- ²⁴ Sala Primera, de lo Civil, de 20 de Enero 2001, en lo referente a las normas de peritación y STS 19-6-95, en cuanto a la falta de rigor y juicio
- ²⁵ Sala Primera, de lo Civil nº 770/2007, de 25 de Junio 2007
- ²⁶ Sentencia de 14 de Julio de 1992
- ²⁷ Sentencia Tribunal Supremo 16 de marzo 2005
- ²⁸ Sentencia Tribunal Supremo de 30 de marzo de 1993