

RECLAMACIONES ANTE COMPAÑÍA DE SEGUROS

PASO A PASO

Análisis de las distintas modalidades de seguros y las posibles
vías de reclamación

EDICIÓN 2023

Incluye formularios
y casos prácticos





eBook gratuito en COLEX Online

- Acceda a la página web de la editorial **www.colex.es**
- Identifíquese con su usuario y contraseña. En caso de no disponer de una cuenta regístrese.
- Acceda en el menú de usuario a la pestaña “Mis códigos” e introduzca el que aparece a continuación:

RASCAR PARA VISUALIZAR EL CÓDIGO

- Una vez se valide el código, aparecerá una ventana de confirmación y su eBook estará disponible en la pestaña “Mis libros” en el menú de usuario

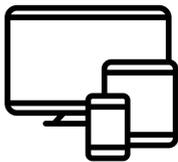
No se admitirá la devolución si el código promocional ha sido manipulado y/o utilizado.



¡Gracias por confiar en Colex!

La obra que acaba de adquirir incluye de forma gratuita la versión electrónica. Acceda a nuestra página web para aprovechar todas las funcionalidades de las que dispone en nuestro lector.

Funcionalidades eBook



Acceso desde cualquier dispositivo



Idéntica visualización a la edición de papel



Navegación intuitiva



Tamaño del texto adaptable

Puede descargar la APP “Editorial Colex” para acceder a sus libros y a todos los códigos básicos actualizados.



Síguenos en:



RECLAMACIONES ANTE COMPAÑÍA DE SEGUROS

RECLAMACIONES ANTE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Análisis de las distintas modalidades de seguros y las posibles vías de reclamación

EDICIÓN 2023

**Obra realizada por el Departamento
de Documentación de Iberley**

COLEX 2023

Copyright © 2023

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) garantiza el respeto de los citados derechos.

Editorial Colex S.L. vela por la exactitud de los textos legales publicados. No obstante, advierte que la única normativa oficial se encuentra publicada en el BOE o Boletín Oficial correspondiente, siendo esta la única legalmente válida, y declinando cualquier responsabilidad por daños que puedan causarse debido a inexactitudes e incorrecciones en los mismos.

Editorial Colex S.L. habilitará a través de la web www.colex.es un servicio online para acceder a las eventuales correcciones de erratas de cualquier libro perteneciente a nuestra editorial, así como a las actualizaciones de los textos legislativos mientras que la edición adquirida esté a la venta y no exista una posterior.

© Editorial Colex, S.L.
Calle Costa Rica, número 5, 3.º B (local comercial)
A Coruña, 15004, A Coruña (Galicia)
info@colex.es
www.colex.es

I.S.B.N.: 978-84-1194-176-1
Depósito legal: C 1713-2023

Materia de esta obra:
MERCANTIL
Seguros

SUMARIO

1. EL CONTRATO DE SEGURO	9
1.1. Duración.	10
1.2. Elementos del contrato de seguro	11
1.3. Derechos, deberes y obligaciones de las partes.	18
2. TIPOS DE SEGUROS	29
2.1. El seguro de personas	30
2.1.1. Seguro de vida	32
2.1.2. Seguros de decesos y dependencia	41
2.1.3. Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria	45
2.1.4. Seguro de accidentes.	49
2.2. El seguro contra daños	52
2.2.1. Seguro de incendios	60
2.2.2. Seguro de robo	63
2.2.3. Seguro de transportes terrestres	66
2.2.4. Seguro de lucro cesante.	70
2.2.5. Seguro de caución.	76
2.2.6. Seguro de crédito	77
2.2.7. Seguro de responsabilidad civil.	79
2.2.8. Seguro de defensa jurídica	82
2.2.9. El contrato de reaseguro	86
2.3. Otros tipos de seguros	87
2.3.1. Seguro obligatorio de viajeros.	87
2.3.2. Seguros aéreos	92
2.3.3. Seguro del hogar y multirriesgo	94
2.3.4. Seguro de vehículo de automóvil	97
2.3.5. Seguro de mascotas	101
2.3.6. Seguro de embarcaciones	103
3. RECLAMACIONES EN MATERIA DE SEGUROS: ¿CUÁL ES LA FORMA DE RECLAMAR?	107
3.1. El defensor del asegurado	109
3.2. La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.	113
3.3. El arbitraje y la reclamación judicial	121

4. ANÁLISIS DE LOS CASOS DESTACADOS EN RECLAMACIONES EN MATERIA DE SEGUROS	125
4.1. Reclamaciones en vía judicial	125
4.2. Reclamaciones ante la DGSFP	133

ANEXO I. CASOS PRÁCTICOS

Caso práctico Requisitos para el pago de la indemnización en el contrato de seguro	139
Caso práctico ¿Sería discriminatorio por razón de sexo un contrato de seguro en el que paguen menos las mujeres que los hombres?	141
Caso práctico Desacuerdo entre compañía aseguradora y asegurado en la liquidación del siniestro	143
Caso práctico ¿Una abogada no ejerciente necesita tener un seguro de responsabilidad civil?	145
Caso práctico Acción directa contra compañía de seguros derivada de responsabilidad civil de una Administración pública	147
Caso práctico Pago de los gastos de defensa jurídica contando o no con seguro de defensa jurídica	149
Caso práctico Heredero legal en seguros y derecho al usufructo de la prima	151
Caso práctico Seguro de hogar. Infraseguro	153
Caso práctico ¿Es responsable el propietario de un vehículo que lo lleva a un taller de reparación, cuando el mecánico, al comprobar la reparación, sufre un accidente de circulación con el vehículo?	155

ANEXO II. FORMULARIOS

Demanda en reclamación de cantidad contra aseguradora por incumplimiento de contrato de seguro de vida	159
Demanda en reclamación de cantidad contra aseguradora por incumplimiento de contrato de seguro de accidentes ante infarto de miocardio	163
Demanda de juicio verbal por incumplimiento de contrato de seguro de defensa jurídica	167
Solicitud de exhibición de contrato de seguro de responsabilidad civil	171
Demanda de responsabilidad contractual por incumplimiento de contrato de seguro contra daños. Accidente en vivienda	173
Demanda de nulidad de condiciones generales en contrato de seguro	181
Escrito de desistimiento de contrato de seguro por parte del tomador	185
Escrito de disconformidad por aumento de prima de seguro sin comunicación previa por asegurador	187
Escrito de desistimiento seguro de vida	189
Demanda de reclamación de indemnización por daños en maquinaria agrícola a la compañía de seguros	191
Contestación a la demanda contra asegurado por incumplimiento de contrato de seguro	197
Recurso de apelación en materia de seguros	201

1. EL CONTRATO DE SEGURO

¿Qué es el contrato de seguro?

El contrato de seguro se regula en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS), cuyo primer artículo lo define como aquel contrato por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

CUESTIÓN

¿Qué sucede si en el momento de la conclusión no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro?

En este caso, conforme al artículo 4 de la LCS, el contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la ley.

Naturaleza jurídica del contrato de seguro

La naturaleza jurídica del contrato de seguro viene determinada por las siguientes notas características:

- Se trata de un contrato sustantivo: la obligación del asegurador de soportar el riesgo debe ser consecuencia de un pacto específico, es decir, distinto de todo otro negocio jurídico.
- Es un contrato oneroso: por el pago de la prima por parte del asegurado.
- Es un contrato aleatorio: ya que no se conoce cuándo va a ocurrir el siniestro, cómo va a ocurrir o cuánto se va a pagar.
- La autonomía de la voluntad se encuentra muy limitada: es muy habitual el uso por las entidades aseguradoras de contratos de adhesión para estipular el contrato de seguro, lo que supone una limitación al principio de autonomía de la voluntad contractual.
- Es de carácter formalista: ya que, en la práctica aseguradora, estos contratos se formalizan por escrito.

Asimismo, cabe señalar que se trata de un contrato en el que rige la buena fe entre las partes contratantes.

1.1. Duración

Duración del contrato de seguro

Se refiere a la duración del contrato de seguro el artículo 22 de la LCS. En este sentido, ¿cuánto podrá durar el contrato? Su duración vendrá determinada en la póliza, si bien, la ley contempla un límite, esto es, que **no se podrá fijar una duración superior a 10 años**.

CUESTIÓN

¿Es posible la prórroga del contrato?

Sí, podrán establecerse una o más prórrogas por períodos no superiores a un año cada vez. No obstante, las partes pueden oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita a la otra parte con, al menos, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso en caso de oponerse el tomador y dos meses cuando se trate del asegurador.

Las condiciones y plazos de la oposición a la prórroga de cada parte, o su inoponibilidad, deberán destacarse en la póliza (art. 22.4 de la LCS).

El plazo para comunicar al tomador por el asegurador cualquier modificación del contrato de seguro será de al menos dos meses de antelación a la conclusión del período en curso.

A TENER EN CUENTA. Las anteriores previsiones respecto de la duración del contrato de seguro no serán de aplicación en cuanto sean incompatibles con la regulación del seguro sobre la vida (art. 22.5 de la LCS).

CUESTIÓN

Si el contrato sufre una modificación muy relevante, ¿surtirá efecto la prórroga tácita del contrato si no hay oposición a la misma notificada por escrito?

Para responder a esta cuestión resulta interesante el caso planteado en la **sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona n.º 214/2023, de 8 de mayo, ECLI:ES:APB:2023:5074**, en virtud de la cual ante una modificación muy relevante del contrato de seguro, toda vez que se aumenta la prima más del cuádruple respecto de los años anteriores, se entiende que no puede tener lugar la prórroga tácita del contrato aun cuando no se haya notificado correctamente la oposición a ella. Esto es así porque debió haberse notificado por el asegurador aquella modificación con al menos dos meses de antelación. Así establece la citada sentencia:

«Pero previamente, la aseguradora tenía la obligación de comunicar a la demandada, al menos con dos meses de antelación, cualquier modificación del contrato de seguro, y en el caso de autos se produjo una modificación muy relevante, como era el importe de la prima (...).

(...)

(...), para que dicha modificación de la prima pudiera vincular a la demandada era necesario que ésta hubiera dado su consentimiento a la misma.

Es decir, no estamos ante una simple prórroga de la póliza, que pueda entenderse producida tácitamente por la falta de comunicación en contra de la asegurada, sino ante una renovación unilateral de la misma por parte de la aseguradora, con unas condiciones sustancialmente diferentes por lo que se refiere al elemento de la prima, en las que se exigía la conformidad expresa de la otra parte para que se mantuviera su fuerza vinculante. Sólo a partir de esa aquiescencia a las nuevas condiciones por parte de la asegurada, que nunca se produjo, podría surtir efecto la prórroga tácita prevista en el art. 22 LCS, que afecta sólo a la duración del contrato, pero sin que esa aquiescencia pueda extenderse a una modificación de su contenido que supone una verdadera novación contractual».

1.2. Elementos del contrato de seguro

¿Cuáles son los elementos del contrato de seguro?

Sin perjuicio de la naturaleza contractual del seguro y de la consiguiente aplicación del artículo 1261 del CC por el que se establecen como requisitos necesarios, con carácter general, para la existencia de un contrato, el consentimiento de los contratantes, objeto cierto que sea materia del contrato y la causa de la obligación que se establezca, en el contrato de seguro pueden distinguirse los siguientes elementos:

- **Elementos personales:** asegurador, tomador, asegurado y beneficiario.
- **Elementos reales:** riesgo, prima e interés asegurado.
- **Elementos formales:** solicitud, proposición, documento de cobertura provisional, póliza, condiciones generales y condiciones particulares.

|| Elementos personales del contrato de seguro

Cabe distinguir aquí entre el asegurador, el tomador y el asegurado. Estos dos últimos pueden ser la misma persona o personas diferentes. Asimismo, en determinados casos puede existir la figura del beneficiario.

| Asegurador

Se entiende por asegurador, atendiendo al artículo 1 de la LCS, aquella persona que se obliga, para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo se asegura, a indemnizar el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, renta u otra prestación convenida.

Conforme al artículo 27 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, la actividad aseguradora únicamente podrá ser realizada por entidades privadas que adopten la forma de sociedad anónima, sociedad anónima europea, mutua de seguros, sociedad cooperativa, sociedad cooperativa europea o mutualidad de previsión social.

A TENER EN CUENTA. Las mutuas de seguros, las sociedades cooperativas y las mutualidades de previsión social únicamente podrán operar a prima fija.

Asimismo, podrán realizar la actividad aseguradora las entidades que adopten cualquier forma de derecho público, siempre que tengan por objeto la realización de operaciones de seguro en condiciones equivalentes a las entidades aseguradoras privadas.

CUESTIONES

1. ¿Cómo se constituyen las entidades aseguradoras?

Se constituirán mediante escritura pública que deberá ser inscrita en el Registro Mercantil (art. 28 de la Ley 20/2015, de 14 de julio).

2. ¿A qué órgano corresponde la supervisión en materia de seguros?

La autoridad supervisora española en materia de seguros es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones regulada en el artículo 17 de la Ley 20/2015, de 14 de julio. En lo que se refiere a las entidades aseguradoras, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones llevará un registro administrativo en el que aquellas entidades, entre otras, se inscribirán (art. 40 de la Ley 20/2015, de 14 de julio).

| Tomador y asegurado (art. 7 de la LCS)

El tomador es la persona que contrata el seguro, firma la póliza y paga la prima. Puede contratar el seguro por cuenta ajena o por cuenta propia coincidiendo en este caso la persona del tomador y del asegurado. **En caso de duda ¿qué sucede?** Se presumirá que el tomador ha contratado por cuenta propia.

El asegurado es la persona titular del interés asegurado, la que está expuesta al riesgo. Puede ser una persona determinada o determinable por acuerdo de las partes.

Siendo personas distintas el tomador del seguro y el asegurado, las obligaciones y deberes que derivan del contrato corresponderán al tomador, excepto que por su naturaleza deban cumplirse por el asegurado. No obstante, si el asegurado cumple las obligaciones y deberes que corresponden al tomador del seguro, el asegurador no podrá rechazar dicho cumplimiento.

En cuanto a los derechos derivados del contrato de seguro ¿a quién corresponderán? Al asegurado o, cuando proceda, al beneficiario a excepción de los especiales derechos del tomador en los seguros de vida.

| Beneficiario

Esta figura existe solo en determinados seguros, como el seguro de vida o el de accidentes. Se designa por el tomador del seguro y es la persona que tiene derecho a la indemnización.

El beneficiario no es parte del contrato, no teniendo derechos, deberes ni obligaciones dentro del mismo.

|| Elementos reales del contrato de seguro

Como elementos reales del contrato de seguro cabe distinguir entre:

- **El riesgo asegurado:** constituye la posibilidad de que se produzca el suceso que provoque un daño o necesidad pecuniaria, es un elemento esencial para este tipo de contratos. Ahora bien, no puede tratarse de un riesgo ilícito ni extraordinario o catastrófico. Debe estipularse en la póliza y, además, como se infiere del artículo 11 de la LCS, el tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo 10 de la LCS que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquel en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

A TENER EN CUENTA. El artículo 10 de la LCS ha sido modificado por el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, dentro de la regulación del denominado «olvido oncológico».

JURISPRUDENCIA

Doctrina sobre el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

Sentencia del Tribunal Supremo n.º 394/2020, de 7 de enero, ECLI:ES:TS:2020:2067

«3.- La reciente sentencia núm. 7/2020, de 8 de enero, sintetiza la jurisprudencia de esta sala sobre el art. 10 LCS (con cita de las sentencias 572/2019, de 4 de noviembre, 106/2019, de 19 de febrero, 81/2019, de 7 de febrero, 53/2019, de 24 de enero, 37/2019, de 21 de enero, 621/2018, de 8 de noviembre, 562/2018, de 10 de octubre, 563/2018, de 10 de octubre, 528/2018, de 26 de septiembre, 426/2018, de 4 de julio, 323/2018 de 30 de mayo, 273/2018, de 10 de mayo, 542/2017, de 4 de octubre, 222/2017, de 5 de abril, 726/2016, de 12 de diciembre, 157/2016, de 16 de marzo, y 72/2016, de 17 de febrero, entre otras), de la que resultan los siguientes parámetros interpretativos:

(i) el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro;

(ii) el asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber de respuesta por la sola circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal;

(iii) el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, admitiéndose también como cuestionario las ‘declaraciones de salud’ que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza; y

(iv) lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de

salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro».

Sentencia del Tribunal Supremo n.º 661/2020, de 10 de diciembre, ECLI:ES:TS:2020:4265

«CUARTO.-De la doctrina de esta sala sobre el art. 10 LCS (contenida, entre otras, en las sentencias 394/2020, de 1 de julio, 390/2020, de 1 de julio, 378/2020, de 30 de junio, 345/2020, de 23 de junio, 333/2020, de 22 de junio, 7/2020, de 8 de enero, 572/2019, de 4 de noviembre, 106/2019, de 19 de febrero, 81/2019, de 7 de febrero, 53/2019, de 24 de enero, 37/2019, de 21 de enero, 621/2018, de 8 de noviembre, 562/2018, de 10 de octubre, 563/2018, de 10 de octubre, 528/2018, de 26 de septiembre, 426/2018, de 4 de julio, 323/2018 de 30 de mayo, 273/2018, de 10 de mayo, 542/2017, de 4 de octubre, 222/2017, de 5 de abril, 726/2016, de 12 de diciembre, 157/2016, de 16 de marzo, y 72/2016, de 17 de febrero) se desprende, en síntesis: (i) que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro; (ii) que el asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella, si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal; (iii) que el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, aceptándose también como cuestionario las “declaraciones de salud” que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza; y (iv) que lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro (sobre la relación de causalidad entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto se pronuncian expresamente las sentencias 345/2020, de 23 de junio, y 53/2019, de 24 de enero, con cita de otras anteriores)».

- **La prima:** es la cantidad que debe pagar el tomador del seguro para obtener la cobertura del riesgo.
- **El interés asegurado:** supone una relación de contenido económico entre la persona del asegurado y el objeto asegurado, susceptible de valoración pecuniaria, que puede sufrir un daño en el caso de que se produzca un suceso determinado.

|| Elementos formales del contrato de seguro

En cuanto a la **forma del contrato de seguro** destaca el artículo 5 de la LCS del que se infiere la obligación de que el propio contrato y sus modificaciones o adiciones se formalicen **por escrito**. Así, el asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional. ¿Qué sucede en los casos de seguros en que por disposiciones

especiales no se exige la emisión de la póliza? En estos casos el asegurador debe entregar el documento establecido en dichas disposiciones.

Además de la póliza que se examina a continuación cabe hacer referencia a otros documentos en el contrato de seguro:

- La solicitud del seguro: proporciona información sobre lo que se quiere asegurar. No vincula al solicitante (art. 6 de la LCS).
- La proposición de seguro: propuesta del asegurador determinando las características del contrato. Será vinculante para el proponente durante un plazo de 15 días.
- El documento de cobertura provisional.

A TENER EN CUENTA. Por acuerdo de las partes, podrán retrotraerse los efectos del seguro al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición (art. 6, párrafo segundo, de la LCS).

|| Póliza

Es el documento en el que se formaliza el contrato de seguro constituyendo elemento probatorio del mismo. A ella se refiere el artículo 8 de la LCS que comienza diciendo:

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

A TENER EN CUENTA. La Directiva 92/96, del Consejo de la Unión Europea, de 10 de noviembre de 1992, ha sido derogada por la Directiva 2002/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de noviembre de 2002, sobre el seguro de vida, si bien esta última también ha sido sustituida por la actualmente vigente Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II).

| Contenido mínimo de la póliza

Deberá contener, como mínimo, las siguientes indicaciones:

- Nombre y apellidos o denominación social de las partes contratantes y su domicilio, así como la designación del asegurado y beneficiario, en su caso.
- El concepto en el cual se asegura.
- Naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.

- Designación de los objetos asegurados y de su situación.
- Suma asegurada o alcance de la cobertura.
- Importe de la prima, recargos e impuestos.
- Vencimiento de las primas, lugar y forma de pago.
- Duración del contrato, con expresión del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos.
- Si interviene un mediador en el contrato, el nombre y tipo de mediador.

Si se trata de una póliza flotante, se especificará, además, la forma en que debe hacerse la declaración del abono.

CUESTIÓN

¿Qué sucede si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas?

Conforme al último párrafo del artículo 8 de la LCS, si existe esta divergencia el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza para la subsanación de aquella. Si no reclama en plazo, se estará a lo previsto en la póliza. Lo anterior deberá incorporarse en toda póliza del contrato de seguro.

El artículo 9 de la LCS distingue entre la póliza del seguro nominativa, a la orden o al portador. Cualquiera que sea, su transferencia efectuada, atendiendo a la clase del título, provoca la del crédito contra el asegurador con los mismos efectos que produciría su cesión.

Dentro de la póliza también cabe hacer referencia a las condiciones del contrato de seguro distinguiendo entre las **condiciones generales y las particulares**. Unas y otras habrán de redactarse de forma clara y precisa.

Las condiciones generales del contrato de seguro son aquellas comunes a los contratos del mismo tipo que concierte la entidad aseguradora, tienen la finalidad de regular la relación jurídica aseguradora estableciendo una cierta igualdad entre los distintos contratantes. Por su parte, las condiciones particulares son las que determinan las características propias del seguro que se contrata y pertenecen al mismo, siendo diferentes en cada caso particular.

El artículo 3 de la LCS hace referencia a las condiciones generales señalando:

- No podrán tener carácter lesivo para los asegurados.
- Deben incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si existe y necesariamente en la póliza del contrato o en un documento complementario, suscrito por el asegurado al que se le entregará una copia.
- Estarán sometidas a la vigilancia de la Administración pública.

Si el Tribunal Supremo declarase la nulidad de alguna de las cláusulas de las condiciones generales de un contrato ¿qué ocurrirá? En tal caso, la Administración pública competente obligará a los aseguradores a modificar las cláusulas idénticas que se contengan en sus pólizas.

Como particularidad formal de las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados cabe destacar que deben ser específicamente aceptadas por escrito.

CUESTIÓN

La firma del tomador del seguro al final de las condiciones particulares del contrato de seguro, con una remisión a las cláusulas limitativas contenidas en las condiciones generales no firmadas expresamente, ¿es suficiente para cumplir el requisito exigido en el artículo 3 de la LCS de la específica aceptación por escrito de las referidas cláusulas limitativas para su validez?

Para dar respuesta a esta cuestión resulta especialmente relevante la sentencia del Tribunal Supremo n.º 140/2020, de 2 de marzo, ECLI:ES:TS:2020:705, que, con cita a otras sentencias, concluye que no será suficiente la firma en las condiciones particulares con remisión a las generales para entender aceptadas las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados en aquellas contenidas. Será necesario para la validez de las citadas cláusulas, que las mismas aparezcan destacadas de modo esencial en la póliza y además que se acepten específicamente por escrito, esto es, que se firme expresamente en donde se contengan, aunque eso suponga firmar las condiciones generales y las particulares y, sin perjuicio de la remisión que a ellas se pueda contener.

Señala así el Tribunal Supremo que *«De esta doctrina jurisprudencial se desprende que sí, como sucede en el presente caso, las condiciones particulares se remiten a las cláusulas limitativas que aparezcan en las condiciones generales que se entregan al tomador/asegurado, este deberá firmar también estas condiciones generales»*.

Para terminar, respecto de las cláusulas del contrato de seguro cabe distinguir entre las **cláusulas lesivas, las limitativas de derechos y las delimitadoras del riesgo**. ¿Qué se entiende por cada una de ellas? En primer lugar, la jurisprudencia define la **cláusula lesiva** como *«(...) aquella que reduce considerablemente y de manera desproporcionada el derecho del asegurado, vaciándolo de contenido, de manera que es prácticamente imposible acceder a la cobertura del siniestro; en definitiva, que impide la eficacia de la póliza (...)»* (STS n.º 259/2022, de 29 de marzo, ECLI:ES:TS:2022:1310).

En segundo lugar, respecto de las **cláusulas limitativas de derechos** señala la sentencia del Tribunal Supremo n.º 548/2020, de 22 de octubre, ECLI:ES:TS:2020:3415, que son las que *«(...) se dirigen a condicionar o modificar el derecho del asegurado y por tanto la indemnización, cuando el riesgo objeto del seguro se hubiere producido. Deben cumplir los requisitos formales previstos en el art. 3 LCS, (...)»*.

La diferencia entre las cláusulas lesivas y limitativas se concreta en la **sentencia de la Audiencia Provincial de Jaén n.º 497/2023, de 16 de mayo, ECLI:ES:APJ:2023:506**, cuando dice:

«La jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras la Sentencia de 22 de abril de 2016) ha resaltado la diferenciación que hace el art. 3 LCS entre cláusulas lesivas y limitativas, en tanto que éstas últimas son válidas, aun cuando no sean favorables para el asegurado, cuando éste presta su consentimiento, y de modo especial, al hacer una declaración de su conocimiento; mientras que, las cláusulas lesivas son inválidas siempre. Es decir, el

concepto de condición lesiva es más estricto que el de cláusula limitativa, ya que hay cláusulas limitativas válidas, pero las lesivas son siempre inválidas (sentencia 303/2003, de 20 de marzo)».

Por último, en lo que se refiere al concepto de **cláusulas delimitadoras del riesgo** y su distinción con las limitativas de derechos la sentencia del Tribunal Supremo n.º 548/2020, de 22 de octubre, establece:

«1.- En cuanto a la distinción entre **cláusulas de delimitación de cobertura** y cláusulas limitativas, las primeras **concretan el objeto del contrato y fijan los riesgos que, en caso de producirse, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación** por constituir el objeto del seguro. Mientras que las **cláusulas limitativas restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización o a la prestación garantizada** en el contrato, **una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido.**

La sentencia 853/2006, de 11 de septiembre, sienta una doctrina, recogida posteriormente en otras muchas resoluciones de esta sala, (verbi-gracia sentencias núm. 1051/2007, de 17 de octubre; y 598/2011, de 20 de julio), según la cual son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan: (i) qué riesgos constituyen dicho objeto; (ii) en qué cuantía; (iii) durante qué plazo; y (iv) en qué ámbito temporal.

Se trata, pues, como advertimos en la sentencia núm. 273/2016, de 22 de abril, de individualizar el riesgo y de establecer su base objetiva, eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o con arreglo al uso establecido, siempre que no delimiten el riesgo en forma contradictoria con las condiciones particulares del contrato o de manera infrecuente o inusual (cláusulas sorprendentes)».

1.3. Derechos, deberes y obligaciones de las partes

¿Cuáles son los derechos, deberes y obligaciones de las partes en el contrato de seguro?

Cabe aquí distinguir entre el asegurador y el tomador o asegurado, pudiendo estos dos últimos ser la misma o diferentes personas. Sin perjuicio del estudio más detallado que se hará a continuación de los distintos derechos, deberes y obligaciones de las partes en el contrato de seguro contenidos en los artículos 1 a 21 de la LCS, destacan dos obligaciones fundamentales en este contrato para su existencia de un lado el pago de la prima que corresponde al tomador del seguro y de otro lado el pago de la indemnización o, en su caso, capital, renta o prestación, que corresponderá al asegurador.

RECLAMACIONES ANTE COMPAÑÍA DE SEGUROS

PASO A PASO

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

Esta guía trata de arrojar un poco de luz sobre las particularidades que tienen los distintos tipos de seguros que existen.

Ahora bien, el objeto principal de la obra es el análisis de la normativa básica que rige los seguros, para poner el foco sobre determinadas cuestiones que pueden resultar más controvertidas o dudosas a la hora de llevar a cabo una reclamación ante una compañía aseguradora, y conocer cómo han resuelto nuestros tribunales según el tipo de seguro y circunstancias del caso.

Finalmente, para dotar a la guía de un contenido más práctico, todo ello se complementa con la resolución de cuestiones frecuentes, la referencia y análisis de la jurisprudencia más actual, la inclusión de casos prácticos y formularios de interés.



www.colex.es



PVP 17,00 €

ISBN: 978-84-1194-176-1



9 788411 941761