



# Casuística de principales reclamaciones en el sector asegurador

Equipo técnico ADICAE

## Introducción y generalidades

Fue en la segunda mitad del siglo XX, con la aparición y pujanza de amplias clases medias y la generalización de los hábitos de compra de bienes duraderos de consumo, tales como los automóviles o las viviendas, cuando verdaderamente la actividad aseguradora comenzó a experimentar un apogeo inusitado, fenómeno que además vino de la mano de la promulgación de diversas leyes, que acogían la teoría de la responsabilidad por la mera creación del riesgo, suavizando en beneficio del perjudicado los anteriores y rigurosos requisitos de la culpa, stricto sensu, ex artículo 1.902 C.Civil. A tal fin se impusieron determinados seguros como obligatorios a fin de resarcir en unas cantidades tasadas legalmente, los posibles daños que se ocasionasen a terceros (caso del seguro obligatorio del automóvil), o bien a fin de resarcir al prestamista hipotecario en caso de incendio o daños en la vivienda hipotecada, (lo que supuso el "germen" de los seguros multirriesgo del hogar). Lista que recientemente en una acertada política de aseguramiento de riesgos se ha visto incrementada con diversos tipos de seguros que hacía tiempo eran demandados por la realidad socio-económica: nos referimos a los nuevos seguros previstos en la Ley de Ordenación de la Edificación, tendentes a facilitar sus reclamaciones a los usuarios. Sobre ellos analizaremos brevemente las primeras cuestiones problemáticas que empiezan a surgir en estos novedosos seguros.

Por otra parte, aunque muy relacionado con lo anterior, es preciso reseñar que el incremento vertiginoso de los precios de las viviendas que se viene constatando desde hace dos décadas a esta parte, ha provocado que sea la excepción hoy en día el ciudadano que se pueda permitir adquirir una vivienda sin necesidad de suscribir el correspondiente préstamo hipotecario, al que como hemos dicho antes inexorablemente, y por imperio de la ley, irá unido el correspondiente seguro contra incendio y daños de la vivienda adquirida mediante hipoteca, lo que en la práctica, y debido a las agresivas políticas de comercialización de las

aseguradoras, se traduce también en la contratación masiva actual de los llamados "seguros multirriesgo del hogar".

Esas dos ramas de seguros son en consecuencia el objeto prioritario del presente estudio, cuyo único afán es el de detectar los problemas prácticos y vicisitudes por las que debe pasar cada día el usuario de seguros, en aquellos mas contratados, (automóvil y multirriesgo del hogar), a fin de intentar aportar nuestro granito de arena en la tan difícil como ilusionante tarea de asesorar y defender al consumidor. Todo ello sin perjuicio de hacer una breve mención a otras ramas de seguro en las que ultimamente esta Asociación ha venido detectando el surgimiento de nuevos problemas, con ocasión de la reciente aparición de novedosos e interesantes tipos de seguros (v.gr: seguros de dependencia, los seguros obligatorios en la Ley de Ordenación de la Edificación, los seguros obligatorios en la Ley 42/1998 sobre derechos de aprovechamiento por turno de bienes inmuebles de uso turístico, o el aseguramiento de los riesgos derivados de la actividad desarrollada a través de medios electrónicos en la sociedad de la información), que no hacen sino demostrar que el sector asegurador es un reflejo más de nuestra cambiante sociedad, amoldando sus productos, -que ofrece y comercializa cada vez mas "en masa", - a las nuevas necesidades.

Por otra parte, también incidiremos en la agudización de otros problemas tradicionales, y hoy en día crónicos. En este último apartado mencionaremos la inexistencia en nuestro país de un Registro Unico de pólizas de seguros de vida, y la problemática que ello genera a los beneficiarios, al ignorar dicha posición jurídica de acreedor frente a la aseguradora correspondiente, y también aludiremos a la problemática originada por dificultad que entraña asegurar su vehículo para algunos segmentos específicos de conductores, como son los motoristas, ciclistas, taxistas, etc...

Una de las conclusiones principales del presente trabajo, es que la burocratización, el colapso y la auténtica inoperancia del sistema español administrativo (Defensor del Cliente-Dirección Ge-



neral de Seguros y Fondos de Pensiones, a partir de ahora DGS), de protección del consumidor en materia de seguros; todo ello dejando al margen a las escasísimas aseguradoras que están adheridas al sistema arbitral de consumo, cuyos resultados afortunadamente, y como es bien sabido, son completamente distintos.

### Estadística de las reclamaciones en el sector asegurador

Es bien sabido que desde la patronal de seguros UNESPA se aconsejó a todas las aseguradoras españolas que se adhiciesen al Sistema Arbitral de Consumo. Tras la inicial expectación, pronto se comprobó que solamente algunas destacadas, (por su buen gesto inicial que ello supone hacia el usuario), aseguradoras se iban a adherir al mismo, y además con numerosas restricciones (exigencia de cuantías máximas reducidas, exclusión de riesgos, etc...).

Ello explica perfectamente, y con datos que extraemos de Memoria de la Junta Arbitral de Consumo Nacional de 2001 el bajo número de arbitrajes realizados durante el ejercicio 2001 en todas las Juntas Arbitrales de España, en concreto 435, lo que supone tan solo el 1,27% del total de solicitudes, que ascendió a 34.183, de entre las que se llevan la palma, y con ventaja, las reclamaciones frente al sector telefónico, que representan el 32% del total.

En cuanto a la estadística de las reclamaciones atendidas por los Servicios de Atención al Asegurado, o por el Defensor del Cliente de aquellas compañías que lo tienen, (el detalle de las que lo tienen designado ante la D.G.S se puede encontrar en la página web de esta dirección general: [www.dgsfp.mineco.es](http://www.dgsfp.mineco.es)), y algunas lo han designado en común, es la siguiente: (media obtenida tras tabular los resultados de encuestas y que viene a representar los resultados estadísticos de las reclamaciones presentadas ante una compañía de tipo-medio-grande), de seguros de asistencia sanitaria, con delegaciones y/o representación en todas las provincias españolas:

### Reclamaciones ante el servicio de atención al asegurado/defensor del asegurado

1.- Número de reclamaciones contra aseguradoras en el año 2001.

- Presentadas 67 de las cuales 5 no se admitieron a trámite.

2.- Desglose por ramos de seguro de dichas reclamaciones

- 67 en asistencia sanitaria

3.- Dentro de cada ramo, desglose de las reclamaciones por materias de conflicto:

1. Derechos insatisfechos ..... 23

2. Reintegro de gastos .....	8
3. Prueba diagnóstica .....	6
4. Intervención quirúrgica .....	4
5. Baja de Póliza .....	17
6. Exclusión de patología severa ...	3
TOTAL .....	62

4.- Estadística en cuanto a la forma de presentar las reclamaciones el usuario:

Personalmente, a través de asociaciones de consumidores, a través de Juntas Arbitrales de consumo, a través de O.M.I.C., etc.

1. Personalmente .....	51
2. D.G.S. ....	1
2. O.M.I.C. ....	10

5.- Número de aseguradoras que cuentan con Defensor del Asegurado, y porcentaje que ello supone del total.

La mayoría de las entidades cuenta con Servicio de Atención al Asegurado, un 55%; mientras que el 45% restante cuenta con Defensor del Asegurado, bien individual, bien prestando sus servicios de forma colectiva para varias aseguradoras (con el consiguiente ahorro de costes que ello les supone).

6.- Número de reclamaciones que han sido estudiadas por los defensores del asegurado/Servicio de Atención al Cliente de la aseguradora:

Total reclamaciones ante el Defensor del Asegurado..... 62

7.- Número de resoluciones con resultado favorable a los asegurados, porcentaje que ello supone del total:

Estimadas .....	40	64,5%
Desestimadas .....	22	35,5%
TOTAL .....	62	100,00%

8.- Número de resoluciones substanciadas ante las Juntas Arbitrales de Consumo:

(Estos datos ya han sido expuestos en el cuadro anterior). Los datos son bajísimos, dada la falta de adhesión de muchas aseguradoras al Sistema Arbitral de Consumo.

9.- Número de laudos favorables al usuario y número de los desestimatorios:

No consta en la memoria de la Junta Arbitral de Consumo Nacional analizada, en el apartado específico de seguros.

10.- Número de denuncias formuladas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros: 1 (por aseguradora tipo-medio).

11.- Número de resoluciones de la D.G.S: favorables al usuario y número de las desestimatorias de la denuncia

Favorables .....	0
Desestimadas .....	1



12.- Evolución estadística del número de reclamaciones presentadas por los asegurados frente a las compañías aseguradoras: (Datos de la compañía tipo-medio):

Año 2000 .....	8
Año 2001 .....	62
Año 2002 (hasta octubre) .....	49

13.- Desglose de las reclamaciones: porcentaje del total que proceden de asegurados con domicilio en la Comunidad Valenciana.

Comunidad Valenciana ...	11	9,24%
Otras Autonomías .....	108	90,76%
TOTAL años 2000-2002 .	119	100,00%

#### Conclusiones que se extraen de la encuesta

Primera: Del epígrafe nº: 12 de la encuesta (evolución estadística del número de reclamaciones en los tres últimos años, se aprecia un impresionante aumento en el número de reclamaciones al pasar en solo dos años desde 8 reclamaciones en el año 2000 a las setenta reclamaciones que va a tener de media cada una de estas aseguradora-tipo medio en el presente ejercicio 2002, pasando por las sesenta y dos reclamaciones del año 2001, lo que en términos porcentuales representa un aumento de las reclamaciones de los asegurados frente a las aseguradoras de un 88,57% entre el año 2000 y el año 2002.

Segunda: Tan impresionante aumento en las reclamaciones, desde nuestro punto de vista, solo se puede fundamentar en dos razones principales: El primero es sin lugar a dudas la pérdida de calidad del sector, envuelto en un proceso de reestructuración de costes, suprimiendo personal de plantilla y cada vez mas dejando los puestos de relación con el público en manos de mediadores pseudoprofesionales en la mayoría de las ocasiones, que no asesoran debidamente al cliente, pues están mas pensando en "hacer" pólizas como sea, -(apremiados por los departamentos comerciales de las aseguradoras), que en atender verdaderamente y de forma profesional las necesidades del cliente. Así no son infrecuentes las reclamaciones basadas en la "colocación de un plan de jubilación" a personas que realmente no pueden asegurar en el momento de contratarlo que no vayan a necesitar el dinero en los próximos años, y, -mas grave aun, - sin informarles de que el valor de rescate en dicho plan de jubilación no tenderá a igualarse como mínimo, -(y dadas las comisiones que la aseguradora deberá pagar los

primeros años a su agente, mediador, etc...),- hasta pasados los siete primeros años. Ello ocasiona el consabido efecto consistente en que al solicitar el asegurado un rescate anticipado de la póliza antes del séptimo-octavo año, dependiendo de la compañía, siempre se encunetran con la sorpresa de que no solo no han ganado nada con su inversión, sino que la aseguradora les reintegra bastante menos dinero del que ellos han ingresado en su "Plan de Jubilación".

En segundo lugar, el otro factor a que aludíamos,- que es complementario y no excluyente del anterior,- se centra en el progresivo aumento aumento de cultura financiera, y en general consumista, por parte de los asegurados, quienes ya no se conforman tan fácilmente,- como antes sí,- con las parcas explicaciones que normalmente les dan en sus iniciales reclamaciones las aseguradoras, y eso cuando las dan.

Tercera.- También llama la atención el escaso número de reclamaciones que,- como media,- terminan en la D.G.S. En concreto solo una reclamación de las 67 presentadas en nuestra compañía-tipo, y ello pese a que aun existe casi un 36% de reclamaciones en las que el Defensor del Asegurado dictamina en sentido negativo a los intereses del asegurado. En nuestra opinión, la explicación de este fenómeno se centra en que la situación de colapso en que está inmersa la D.G.S es bien conocida por los usuarios, asociaciones de consumidores, O.M.I.C.s, etc..., que informan cumplidamente de ello a los reclamantes, motivo que,- unido a la no menos conocida falta de ejecutividad de las resoluciones del Servicio de Reclamaciones de la D.G.S,- determinan poderosamente la decisión hasta tal punto que normalmente los reclamantes desisten de esperar hasta 3 ó 4 años, y optan bien por acudir a la vía judicial directamente, bien por asumir el " acuerdo a la baja" que les proponga la aseguradora en su caso, o bien finalmente por resignarse y desistir definitivamente de continuar con su reclamación, dando por perdido su caso.

Cuarta.- Hemos constatado una importante reticencia en las aseguradoras a ser monitorizadas por sus usuarios, ya que en unos casos, han sido pocas las aseguradoras que han tenido a bien el remitirnos el cuestionario debidamente cumplimentado, y en otras ocasiones en que nos hemos dirigido al Defensor del Asegurado, éste nos ha contestado que no podía darnos datos, remitiéndonos a tal fin a la Dirección de la respectiva aseguradora. Esta indeseada actitud, no tiene otro efecto que el de ratificarnos en nuestra conocida



y tradicional crítica de las Asociaciones de Consumidores respecto de la falta de independencia y de miramientos con los consumidores de que lamentablemente "hacen gala" algunos de estos "Defensores del Cliente".

**Principales motivos de reclamación (En general, y en ramos diversos): Problemas con los momentos de inicio y fin de la cobertura aseguratoria**

¿Cuándo estamos asegurados y cuándo dejamos de estarlo?

El seguro es el contrato por el cual el asegurador, mediante la percepción de una prima, se obliga frente al asegurado al pago de una indemnización, dentro de los límites pactados, si se produce el evento previsto.

Siendo el seguro, un contrato consensual, se perfecciona cuando se une la oferta y la aceptación, cualquiera que sea la forma - oral o escrita- en que dicho consenso se haya manifestado. Es decir, cuando acudimos a una compañía para contratar un seguro, (como tomador del seguro o asegurado), efectuamos una solicitud que, de ninguna manera, nos vincula, de forma que no puede considerarse como una verdadera oferta del contrato por parte del tomador del seguro.

Sin embargo, en el momento en que el asegurador efectúa la proposición del seguro le vinculará durante un plazo de 15 días, de manera que, si durante ese plazo es aceptada la proposición por el tomador del seguro, si queda perfeccionado el contrato. Esto quiere decir que, a partir de ese momento estamos asegurados, si bien, la Ley permite el acuerdo de las partes en cuanto a hacer retrotraer los efectos del contrato al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

La perfección del contrato puede hacerse por escrito o verbalmente. Sin embargo, la Ley exige a efectos probatorios que el contrato y sus modificaciones o adiciones se formalicen por escrito. Ese documento es lo que conocemos como póliza, que debemos firmar, y el asegurador tiene la obligación de entregárnosla. Una vez firmada la póliza, cada vez que abonemos la prima establecida, la compañía de seguros tiene el deber de entregarnos un impreso llamado "recibo de póliza", que demostrará en todo momento que hemos abonado la cantidad fijada en el contrato y nos dará derecho al cobro de la indemnización pactada siempre que se produzca el siniestro durante el periodo de vigencia de la póliza. Como norma general, la Ley indica que el pago de la prima ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro, salvo que en la póliza se fije otro lugar para el pago de la prima, lo que suele ser usual, al incluir cláusulas de domiciliación bancaria de las primas (recibos), en la periodicidad que se haya pactado (normalmente anual, si bien pueden ser mensuales, trimestrales, etc... con un recargo por fraccionamiento de la prima).

**Problemas por los intentos por parte de algunas aseguradoras de hacer recaer las consecuencias de sus propios errores, generalmente administrativos, (en la cumplimentación y emisión de las pólizas), en el asegurado**

Los errores a que nos referimos se producen siempre sin intervención, ni culpa alguna en su generación ni del asegurado, ni del beneficiario. Negándole finalmente la cobertura, pese a estar satisfecha la prima, so pretexto de alguna laguna u obscuridad que pueda presentar el contenido de la póliza. Evidentemente, la cumplimentación administrativa de la póliza, y si la campaña se equivoca al redactarla, será ella la que deba responder y dar cobertura según cual fuera la intención del contratante.

**Problemas ocasionados por no respetar el usuario el plazo de preaviso para rescindir el contrato**

Por el contrario, como regla general, dejaremos de estar asegurados en el momento en que concluya el contrato, fecha que se determinará en la póliza, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Al finalizar cada periodo para el cual se haya establecido el contrato, tanto asegurador como asegurado, poseen el derecho a finalizar el compromiso pactado en el mismo. Debe hacerse mediante notificación por escrito a la otra parte donde se comunica la decisión tomada, con el plazo mínimo de dos meses de antelación al término (vencimiento), del contrato. No obstante, se podrá establecer que se prorrogue una ó más veces por un periodo no superior a una año cada vez, salvo que las partes no quieran prorrogar el contrato, en cuyo caso, la parte interesada deberá notificarlo por escrito a la otra parte en el plazo indicado anteriormente.

Es un problema bastante habitual que estos preavisos de "no-prórroga" se dirijan tardíamente por los asegurados a su aseguradora, y que ésta intente cobrar por la vía judicial, y al amparo del artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la prima correspondiente a la anualidad. Aquí, es de reseñar el criterio jurisprudencial de exigir taxativamente al usuario ese plazo mínimo de dos meses, pues de lo contrario, no surte efecto el preaviso de notificación tardío.

**Problemas temporales con la cobertura**

Otro problema reseñable para el usuario estriba en que el conocimiento del momento en que se ha producido el siniestro es difícil ( por ej, en el caso de daños producidos por productos farmacéuticos, intervenciones quirúrgicas, construcción, etc...), por lo que en las propias condiciones generales de estos seguros se establecen cláusulas en las que la cobertura de las aseguradoras se circunscribe a que la reclamación del perjudicado se produzca dentro de un periodo no inferior a un año, desde que haya concluido el contrato o su última prórroga. Prácticamente



tica que ocasiona numerosos problemas también en su reclamación a los perjudicados por algún siniestro, que no saben bien ante quién deben ejercitar su acción directa frente a la aseguradora del responsable, especialmente en supuestos,- que hemos detectado mucho mas frecuentes de de lo normal,- de cambio en la compañía aseguradora. Como agravante, en esta tesitura las compañías posiblemente afectadas se niegan en redondo a dar ningún dato ni información al perjudicado, por lo que en mas de una ocasión éste se ve obligado por motivos procesales a incluir en su demanda a varias aseguradoras, sin tener por qué, en el caso, claro, de que aquí se diera la transparencia.

Una posible solución que aportamos con intención constructiva para este problema sería la creación de un registro público de pólizas de responsabilidad civil en el que todos los colegios profesionales y otros posibles obligados insertaran anualmente los datos y copia de la póliza que vayan teniendo en vigor como seguro colectivo de responsabilidad civil para sus colegiados. Ni que decir tiene que este registro facilitaría sobremana las reclamaciones de todo tipo (judiciales, extrajudiciales, etc...), de los usuarios, y especialmente de los terceros perjudicados que ejerciten la acción directa contra la aseguradora que le confiere el artículo 76 L.C.S; y a su vez ganarían en imagen y transparencia tanto los asegurados voluntariamente, como los obligados por ley a mantener algún seguro de responsabilidad civil profesional, etc..., como también el propio sector asegurador.

### Problemas en los supuestos de rescisión anticipada del contrato, en los que también dejaremos de estar asegurados

Efectivamente, como tomadores de seguro o asegurados, tenemos el deber de comunicar, (aconsejamos que por escrito, y guardando copia sellada), al asegurador durante el curso del contrato, y tan pronto como sea posible, las circunstancias que agravan el riesgo.

Es importante que sepamos que si incumplimos este deber, el asegurador podrá optar por:

A ) Rescindir el contrato, siempre y cuando, nos lo haga saber mediante declaración por escrito en el plazo de un mes, a contar desde que conociera la inexactitud o reserva.

Si el siniestro se produce antes de que el asegurador haga la declaración, no por ello queda liberado el asegurador de efectuar la prestación,

sino que ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el verdadero riesgo.

Salvo que hubiésemos actuado con mala fe, en cuyo caso, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

B) Proponer una modificación del contrato, en el plazo de dos meses desde que tiene conocimiento de la agravación del riesgo. En tal caso, dispondremos de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En el supuesto de que rechacemos la proposición o guardemos silencio, el asegurador puede,- una vez transcurrido dicho plazo,-rescindir el contrato , previa advertencia, dándonos un nuevo plazo de 15 días para que contestemos y dentro de los 8 días siguientes nos comunicará la rescisión.

También tenemos la facultad,- ( como tomadores de seguro o asegurados),- de comunicar la disminución del riesgo y solicitar una modificación del contrato con disminución de prima, teniendo derecho en caso contrario a la resolución del contrato. En este apartado existe documentada experiencia en un supuesto en que el mediador, seguramente con instrucciones de su compañía, ya que el asegurado recientemente había declarado algunos siniestros ante la misma , y le era incómodo como cliente- quiso suprimir de su cartera a uno de sus clientes, para lo cuál simplemente dejó de presentar el recibo a su cobro "en mano", como desde hacía cinco años venían haciendo, lo pasó, (sin instrucciones de nadie al respecto), por la cuenta bancaria del asegurado donde le fue devuelto "por carecer de instrucciones de domiciliación", que es lo que pretendía dicho mediador, para poder retirar la cobertura de la póliza so pretexto del impago del recibo. El principal peligro para este asegurado radicó en que estuvo circulando,-sin ser consciente de tal extremo, puesto que nadie se lo había notificado,- durante alguna semana, sin cobertura del seguro obligatorio de automóviles.

El laudo emitido fue estimatorio por unanimidad de la reclamación del consumidor.

### Problemas con las subidas de las primas

La prima, o importe económico que el asegurado debe abonar periódicamente al asegurador, como pago del servicio contratado se renueva anualmente (salvo en los seguros de vida y jubilación). La compañía sólo podrá incrementar la prima en caso de que existiera en el contrato una



cláusula de revisión al alza del precio. Si el incremento de la prima no está pactado en la póliza, o se realiza por encima de lo pactado, se requiere el consentimiento del asegurado expresamente por escrito. Si la entidad aseguradora quiere resolver el contrato, en caso de que el asegurado no acepte la subida, ha de advertirlo con dos meses de antelación a la fecha de terminación del contrato, pues de lo contrario se considera prorrogado.

La mayor problemática aquí detectada se refiere a la tan extendida como indeseable costumbre entre las compañías de realizar incrementos de prima por encima de lo pactado, sin requerir el previo consentimiento del asegurado.

### Problemas cuando ocurre el siniestro

Una vez producido el siniestro, debemos comunicárselo al asegurador, o a su agente, - (también es muy importante hacerlo por escrito, guardando copia con sello de fechas), - en el plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. Si incumplimos esta obligación, el asegurador podrá reclamarnos los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. A partir de dicha notificación, el asegurado o tomador del seguro deberá comunicar por escrito, en el plazo de cinco días, al asegurador la relación de los objetos existentes al tiempo del siniestro, la de los salvados y la estimación de los daños. Siempre es conveniente que hagamos fotografías de los daños causados, pues en caso de litigio se pueden usar como medios de prueba. Este es un problema extendido en el que no reparan muchos asegurados, basándose en su buena fe ante la aseguradora antes que mirar por guardar prueba de su derecho.

Si las partes se ponen de acuerdo sobre el importe y la forma de indemnización, el asegurador deberá pagar la suma convenida o realizar las operaciones necesarias para reemplazar el objeto asegurado, si su naturaleza lo permite.

### El problema de la parcialidad de los peritos

Si no se logra el acuerdo, cada parte designará un perito, debiendo contar por escrito la aceptación de éstos. Hay que tener en cuenta que, si bien confiamos en la profesionalidad de la mayoría de los peritos de las aseguradoras, lo cierto es que en ocasiones pueden no ser totalmente imparciales y que tiendan a favorecer a la compañía para la que trabajan, por ello en caso de ser importantes los daños, resulta más conveniente que designemos al perito que sea de nuestra confianza.

Si una de las partes no hubiese hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiese designado el suyo. Este hecho es muy importante, pues de no hacerlo en ese plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el

perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en una acta las causas del siniestro, la valoración de los daños, las circunstancias determinantes de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el juez de primera instancia del lugar en que se hallen los bienes, a fin de que se realice una tasación pericial contradictoria.

Cada parte correrá con los gastos de honorarios de su perito y los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y asegurador.

### Problemas con la falta de cumplimiento voluntario por las aseguradoras del importe mínimo de la indemnización

Según los datos obtenidos, este es un problema muy generalizado en las reclamaciones que formulan los usuarios frente a las aseguradoras, en general, y específicamente en el seguro del automóvil, donde esta actitud mezquina ocasiona cada vez mas automovilistas se vean obligados a anticipar de su propio bolsillo el coste de las reparaciones del vehículo al eludir sistemáticamente la mayoría de las aseguradoras esta obligación legal.

En concreto, el asegurador está obligado al pago de 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 dispone de el plazo legal de 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, para el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias conocidas por él. Plazo que es de tres meses, contados desde la producción del siniestro, para el pago de importe total de la indemnización o la reparación o reposición del objeto siniestrado. En el supuesto de que el asegurador se demore en el pago de la indemnización y el asegurado se viera obligado a reclamarla judicialmente, la indemnización prevista se verá incrementada con el pago de un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Transcurridos dos años desde el siniestro, el interés no puede ser inferior al 20%. No obstante, tenemos que tener muy claro que, - como usuarios, y antes de acudir a la vía judicial, - tenemos previstos unos sistemas de defensa ante las compañías de seguros para el caso de que incumplan sus obligaciones. Así, en tal supuesto, es necesario que presentemos nuestra reclamación en primer lugar ante el Servicio de Atención al Cliente de la Aseguradora, o al director de la oficina con la que contratamos el seguro, y tras 15 días de espera sin respuesta o con respuesta insatisfactoria



podemos reproducir nuestra reclamación ante el Defensor del Asegurado/Servicio de Atención al Asegurado y finalmente,- (cuando se habilite el servicio previsto en la Ley financiera),- ante el "Comisionado para la Defensa del Cliente", figura esta que debe responder,- con carácter vinculante para la entidad aseguradora,- en un plazo que llega hasta los seis meses. Si no estamos conforme con la resolución que éste órgano emita tenemos la vía abierta para dirigirnos al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. En última instancia, podemos acudir también a otras dos vías para solucionar los conflictos: Por un lado, acudir a los tribunales, sobre todo si se tiene un seguro de asistencia jurídica, en los que el asegurado podrá elegir libremente su abogado corriendo con el importe de sus honorarios, así como los de procurador, de ser necesaria su intervención, la aseguradora. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Por otro, desde ADICAE recomendamos, presentar la reclamación para su conocimiento y resolución por el Sistema Arbitral de Consumo, por ser un método rápido, sencillo y gratuito, como decíamos siempre que sea posible, pues lamentablemente, ni mucho menos, todas las compañías están adheridas a él, pese a estar recomendada la adhesión al mismo por la patronal de las aseguradoras (UNESPA)

### Los seguros obligatorios, y problemas que se pueden plantear

Dentro de la amplia gama de seguros que nos ofrece el mercado en la actualidad existen algunos que son obligatorios, éstos son los siguientes:

Seguro de circulación de vehículos a motor (o seguro del automóvil).

Seguro de embarcaciones de recreo.

Seguro contra incendio y daños al solicitar un préstamo hipotecario.

El nuevo seguro de edificaciones, a cargo del promotor-constructor, establecido a favor del comprador de viviendas nuevas, de forma novedosa en la Ley de 2000, y que posteriormente analizaremos mas detalladamente.

El seguro de caución para devolución de cantidades anticipadas en la adquisición de vivienda futura, introducido por la Ley 57/1968, de 27 de julio, tras la entrada en vigor de la L.O.E.

Los seguros obligatorios en la Ley 42/1998 sobre derechos de aprovechamiento por turno de bienes inmuebles de uso turístico.

Al margen de éstos, será obligatorio el seguro de responsabilidad civil para el ejercicio de aquellas actividades que el Gobierno determine. Tal sucede en la actualidad en el caso de la caza, los explotadores de energía nuclear, o los automóviles. La Administración no autorizará el ejercicio de tales actividades sin que el interesado acredite la existencia del seguro, siendo sancionable administrativamente.

Vamos a analizar, brevemente, cada uno de ellos:

■ **EL SEGURO DEL AUTOMÓVIL.**- Tres son los tipos del seguro del automóvil: el obligatorio, el voluntario y el de todo riesgo. De todos ellos destaca por su utilización e importancia, el obligatorio, pues la Ley establece la obligatoriedad de contratar, al menos, un seguro para poder circular con un vehículo de motor. Esta nace para cubrir la responsabilidad civil, tanto por daños materiales como corporales, causados a terceras personas, y con él, la aseguradora se compromete, mediante el cobro de una prima, a satisfacer las indemnizaciones por daños de las que fuera responsable el asegurado. La modalidad conocida como "seguros a terceros" suele incluir las siguientes coberturas: responsabilidad civil obligatoria, responsabilidad civil voluntaria (ilimitada), defensa jurídica y reclamación, asistencia en viajes y seguros de ocupantes. También se añaden, en ocasiones, la rotura de lunas, las coberturas en el Km 0, o la indemnización por privación de carnet.

Esta obligación legal puede convertirse en una desagradable experiencia para los conductores de motocicletas, ya que son muchas las negativas por las entidades para asegurar motos o ciclomotores, quedándole, solo, al conductor la posibilidad de dirigirse al Consorcio de Compensación de seguros.

Esta institución está obligada a asegurar su moto, pero sólo puede acudir a ella tras justificar documentalmente la negativa de tres compañías, lo que suele ser habitual hoy en día. Las pólizas básicas de motos expedidas por el Consorcio de Copensación se sujetan al mínimo marcado por la ley y se limitan a posibilitar la contratación de un seguro obligatorio de accidentes. Este contrato cubre los daños que se puedan producir a terceras personas y a sus bienes con el vehículo, con un límite de 350.000 . por cada víctima y hasta



100.000 . para daños materiales por siniestro, cualquiera que se al número de vehículos afectados.

Las compañías aseguradoras consideran, además, imprescindible añadirle a esa prima el seguro de responsabilidad civil, aunque no es obligatorio por ley. Si bien, resulta muy beneficioso para el tomador, ya que así se garantiza una responsabilidad civil ilimitada. También es aconsejable, para motos de mayor cilindrada, añadir a la póliza la cobertura de asistencia en viaje y defensa jurídica, para evitar perjuicios en salidas largas y prevenir gastos legales en caso de accidente.

Por último, destacar que ninguna compañía ofrece un seguro con las coberturas mínimas, las obligatorias, sino que llevan a los usuarios a contratar un paquete de las mismas, consiguiendo encarecer la prima a pagar. En especial, las compañías que ofrecen seguros de motos, raramente se pueden contratar como prima única, sino que tratarán de que el conductor firme también el seguro del coche, vivienda,..... Tanto la edad como los años de carnet apenas se valoran y lo mismo ocurre con la cilindrada. Lo que importa es el peligro de accidente, la edad del conductor y la zona geográfica de conducción habitual, por ello las compañías establecen tarifas más en función de esos factores, que en función de la cilindrada del vehículo asegurado.

#### ■ SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EMBARCACIONES DE RECREO O DEPORTIVAS.

El Real Decreto de 16 de abril de 1999 aprobó el reglamento del seguro de responsabilidad civil de suscripción obligatoria para embarcaciones de recreo o deportivas ante el incesante crecimiento de embarcaciones de este tipo, y de los accidentes ocasionados por su conducción, y entró en vigor el 1 de julio de 1999. Este seguro es exigible a los propietarios de embarcaciones de recreo o deportivas, a las personas que debidamente autorizadas patroneen las mismas, a sus acompañantes, y a los esquiadores que puedan arrastrar la embarcación. Se consideran embarcaciones de recreo a efectos de este seguro las propulsadas a motor, las motos acuáticas y las embarcaciones que aunque carezcan de motor, tengan una eslora superior a 6 metros. El seguro cubre lo siguiente: muerte o lesiones corporales de terceras personas. Daños materiales a terceros. Pérdidas económicas sufridas por terceros. Daños a buques por colisión o sin contacto. Los límites del seguro obligatorio son: hasta 120.202,42 . ( 20.000.000 pts) por víctima, con un límite máximo de 240.404,84 . ( 40.000.000 pts) por siniestro. Consecuencias por daños materiales y pérdidas económicas hasta un límite de 96.161,94 . ( 16.000.000 pts) por siniestro. Se podrán incluir, además , otras coberturas que se pacten libremente entre las partes. En competiciones y regatas deberá suscribirse un seguro especial destinado a cubrir, como mínimo, los importes de la cobertura obligatoria establecida en el reglamento.

#### ■ EL SEGURO DE INCENDIO Y DAÑOS VINCULADO A LA SOLICITUD DE PRÉSTAMO HIPOTECARIO.

Conforme al art 8 de la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario, y arts 40 a 42 de la Ley del Contrato de Seguro, es preceptivo que cuando acudimos a una entidad financiera para solicitar un préstamo hipotecario, a fin de resguardar los intereses de dicha entidad, ésta nos obligue a suscribir, al tiempo que se formaliza la hipoteca, un seguro que cubra los riesgos de incendio y daños del inmueble hipotecado. En caso de producirse el siniestro, y a los efectos de recibir la indemnización consiguiente, las entidades financieras exigen que al formalizarse tanto la escritura de préstamo hipotecario como la póliza del seguro se incluya una cláusula de cesión irrevocable de la indemnización que pudiera corresponder. Es decir, se designa como beneficiaria de la indemnización a la entidad, hasta el importe al que ascienda la responsabilidad hipotecaria en cada momento. Al respecto, reseñar que ha sido declarada abusiva en diversas y reiteradas resoluciones del SRBE ( Servicio de Reclamaciones del Banco de España) la exigencia de algunas entidades de formalizar el seguro con la misma entidad que concede el préstamo, existiendo, en consecuencia, plena libertad para que el usuario elija al asegurador de estos riesgos.

Terminando este epígrafe, apuntamos que la no tenencia por el interesado de estos seguros obligatorios, puede acarrear sanciones de tipo administrativo, por lo que es muy importante tenerlos contratados y al día en el pago de las primas. En el caso del seguro del automóvil es obligatorio que llevemos en el vehículo el último recibo pagado junto a la carta verde.

#### Problemas específicos en el seguro del automóvil

Capítulo aparte merece este sector, dada la utilización actual en masa que se hace de este tipo de seguro que, como hemos dicho, es además obligatorio por ley. Evidentemente, la variada casuística de problemas con los que se enfrenta el usuario, y que han sido tratados hasta ahora en la parte general del presente trabajo resultan, -en líneas generales, y con las adaptaciones específicas cuando proceda- de plena aplicación tanto al ramo del seguro de automóvil como al multirriesgo del hogar.

#### Problemática ocasionada por la declaración de nuestro vehículo como "siniestro total" por la aseguradora

Este es un tema bien conocido por la Asociaciones de Consumidores, pues se produce con muchísima frecuencia. La mayoría, en mas de una ocasión, hemos oído la expresión "Siniestro total", por lo general de boca de algún familiar, amigo, o conocido, cuando después de haber sufrido un accidente nos





ha comentado que el perito de la compañía de seguros, tras haber visitado su dañado vehículo en el taller, ha emitido tan fatal "diagnóstico"; lo que acto seguido ha acarreado una mezquina oferta de indemnización por parte de su aseguradora.

Nuestro amigo, inmediatamente- y con razón,-también nos habrá comentado su descontento diciendo que: "Encima de que me han dado un golpe en el coche, resulta que la aseguradora se niega a pagarme la reparación que está presupuestada por el taller en 1.052 ., y solo me ha ofrecido para liquidar mi accidente la cantidad de 691 . en concepto de "valor venal", al que después de deducirle lo que llaman "valor de achatarramiento" (90.), finalmente se queda en tan solo 601 . la cantidad que denominan "valor de restos", y con la que por su parte dan por finiquitado mi siniestro, y que si no estoy conforme no me pagan nada, y que les lleve a juicio".

Así pues, en torno a la diferencia que pueda producirse en cada caso concreto entre estos dos valores (de reparación y venal) es donde nos encontramos con la mayoría de disputas entre aseguradoras y asegurados, siempre motivadas porque la aseguradora esgrime el polémico argumento de que resultaría antieconómico realizar una reparación que,- en teoría al menos, por que en la práctica es otra la historia,- se produciría un enriquecimiento injusto por parte del asegurado al costar mas la reparación de su vehículo que la adquisición de otro muy similar en el mercado de segunda mano. Sin embargo, desde el punto de vista del propietario del vehículo asegurado esta argumentación tiene tantas carencias que la hacen insostenible, de entre las que destacaremos que está "olvidando" que el valor que aparece en esas tablas no incluye, entre otros: ni los márgenes comerciales de los vendedores de segunda mano, ni la valoración del tiempo que ha de emplearse en buscar y encontrar otro vehículo que reemplace al que teníamos, ni la parte de prima de seguro no consumida, y sobre todo lo que no contempla es el particular estado de conservación y mantenimiento en que pudiera encontrarse el vehículo siniestrado, puesto que hay vehículos con cierta antigüedad que realmente presentan un excelente estado de conservación, poco kilometraje, muchos extras, etc...

El problema de obtener un certificado de accidentes para poder cambiar de compañía de seguros

Muchos conductores quisieran cambiar de compañía aseguradora a fin de poder aprovechar las

ventajas de la competencia que existe en el mercado. El problema era que hasta ahora, para poder negociar con otra compañía, los conductores necesitaban acreditar ante la nueva compañía el número de accidentes. En la nueva normativa que está redactando la Comisión Europea ya se resuelve este problema, y los cambios serán mas fáciles. Además, en la nueva normativa los seguros obligatorios experimentarán cambios, ya que va a ser elevada la cobertura mínima para daños corporales y materiales hasta casi duplicarlas. Finalmente, los peatones y ciclistas quedarán cubiertos en caso de accidente, por el seguro del vehículo accidentado.

La exclusión de la utilización dolosa de vehículos a motor como hecho de la circulación

Uno de los problemas frecuentes con los que se encuentran los usuarios o consumidores a la hora de suscribir el seguro obligatorio del automóvil es la pretensión por parte de las compañías aseguradoras de eximir su responsabilidad por los daños causados como consecuencia de la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o sustancias estupefacientes; así, como de las consecuencias derivadas de hechos dolosos cometidos con vehículos.

Pero ¿Qué ocurre cuando el daño al tercero perjudicado es causado intencionadamente por una conducta delictiva del conductor. ¿Será responsable civilmente el seguro obligatorio?. Esta cuestión fue resuelta, en principio, por la Sala Segunda del Tribunal Supremo al disponer en su Sentencia de 29 de Mayo de 1997 que el seguro obligatorio de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor no constituye tanto un medio de protección del patrimonio del asegurado como un instrumento de tutela de los terceros perjudicados, dando cobertura a las indemnizaciones procedentes de daños causados con un vehículo a motor y con motivo de la circulación, con independencia de que ese daño proceda de un ilícito civil, penal, culposo o doloso.

Estas eran las líneas seguida por la jurisprudencia en nuestro país, cuando la Ley 14/2000 de 29 de Diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social vino a desautorizar dicha jurisprudencia, ya que sacó la cuestión del ámbito de las excepciones, para acudir al campo de la determinación del concepto " hecho de la circulación". Así, en su Exposición de Motivos únicamente se decía que se habilitaba al Gobierno



para definir reglamentariamente los conceptos de "vehículos a motor" y "hecho de la circulación", a efectos del texto refundido de la LRCS. A tales efectos, se ha establecido que "no se consideran hechos de la circulación los derivados de la utilización del vehículo a motor como instrumento de la comisión de delitos dolosos". Así pues, la utilización delictiva o dolosa del vehículo justifica la ausencia de responsabilidad de la aseguradora, simplemente por caer el hecho fuera del ámbito de cobertura del seguro. Ahora bien, desde el punto de vista de los perjudicados podía traer consecuencias extremas al verse desprotegidos, por lo que se ha matizado esta previsión legal añadiendo que "en todo caso, será hecho de la circulación la utilización de un vehículo a motor en cualquiera de las formas descritas en el Código Penal como conducta constitutiva de delito contra la seguridad del tráfico, incluido el supuesto previsto en el art. 383 del Código Penal".

#### PREVISIONES CON OTROS SEGUROS NOVEDOSOS

##### El seguro de dependencia en nuestro país

El seguro de dependencia empieza en los Estados Unidos y, aunque tiene antecedentes anteriores comienza a tener una cierta importancia a partir de los años 70. Este seguro se puede considerar desde un punto de vista público y desde un punto de vista privado. En Estados Unidos el planteamiento es estrictamente privado; está teniendo una gran importancia, cubriendo a un gran número de personas y generando unas primas de elevadas cuantías. Son muy frecuentes las ampliaciones de coberturas y éstas, que se pagan muchas veces con prima única, reciben el tratamiento de un nuevo seguro, multiplicándose el número de asegurados.

Esta cobertura la han realizado en Estados Unidos un elevado número de entidades, y en los últimos años se ha producido un proceso de absorción de pequeñas entidades y, principalmente, una transferencia de las carteras de los asegurados de las pequeñas entidades a las grandes compañías. A partir de los años 80 se empiezan a recibir en Europa y a surgir pólizas de seguros de dependencia con carácter privado en Alemania, Bélgica, Holanda, Suiza, Francia, Inglaterra, Austria e Italia, pero en ninguno se ha alcanzado cifras aceptables de contratación. Muy pronto la doctrina y los políticos empezaron a pensar que este seguro debía tener carácter público y sus prestaciones debían formar parte del paquete de prestaciones de la Seguridad Social o tener un carácter similar. En este sentido Alemania da el primer paso, con excepción de algunos países nórdicos, y el 1 de Enero de 1995 establece este seguro con carácter público integrado en el Sistema General de la Seguridad Social;

se establece una cotización del 1,7% de los salarios brutos sujetos a cotización a cargo del empresario, con una ayuda muy curiosa por parte de los trabajadores (supresión de un día de trabajo).

En nuestro país se empezó a conocer el tema al mismo tiempo que en Europa; incluso alguna compañía lanzó al mercado prestaciones muy reducidas de Seguro de Dependencia con poco éxito comercial. Posteriormente, algunos partidos políticos y algunas Comunidades Autónomas se interesan por la propuesta de medidas en esta materia. Pero el primer paso definitivamente se produce cuando se aprueba la Ley 55/1999 al disponer que el Gobierno en el plazo de seis meses, presente a las Cortes generales un informe relativo al Seguro de Dependencia, con una propuesta de regulación, un marco fiscal que lo incentive y las modificaciones necesarias para que pueda ser una prestación realizada por los Planes de Pensiones, las Mutualidades de Previsión Social y demás Entidades Aseguradoras.

Ante todo, hay que decir que todavía no ha sido presentado el informe a las Cortes. El M<sup>o</sup> de Trabajo parece que ha preparado un proyecto completo de regulación, pero antes de remitirlo a las Cortes, el Gobierno ha querido tener un acuerdo con las Organizaciones sociales y empresariales, y de hecho el Acuerdo suscrito el 9 de Abril de 2001 para la Mejora y Desarrollo del Sistema de Protección Social suscrito por el Gobierno, CCOO, CEOE y CEPYME, dedica el capítulo 8 al tema de Dependencia. Del estudio de este acuerdo se deduce que:

- En primer lugar, la Dependencia debe incluirse en la Seguridad Social.

- En segundo lugar, debe existir una triple acción dentro de dicho sistema, desplegando un sistema universalizado y estableciendo prestaciones económicas y servicios complementarios de las pensiones.

- En tercer lugar, la atención de la dependencia debe ser impulsada y compartida por las tres Administraciones Públicas.

- Se estima necesario un periodo de análisis para que antes de finalizar esta legislatura exista una política de atención a la dependencia

- En el plazo de tres meses se constituirá una Comisión de Trabajo con el fin de estudiar el marco jurídico regulador de la dependencia, así como las bases de actuación; trabajos que debían finalizar el 30 de Junio de 2002.

En nuestro país existía una cierta atención de dependencia, aunque con otro nombre, los llamados "servicios sociales". Cuando se aprueba la Constitución y los Estatutos de Autonomía se ceden las competencias en



esta materia a favor de las Comunidades Autónomas, y éstas han dictado diversas disposiciones y organizados unos servicios a favor de los ciudadanos, en condiciones de grave necesidad, no configurando un derecho subjetivo a favor del mismo sino estableciendo unas prestaciones más o menos graciabes. Cuando llega a nuestro país el Seguro de Dependencia con estos antecedentes y este sí que configura un derecho subjetivo del ciudadano; y cuando el Gobierno y los agentes sociales entienden que debe garantizarse la igualdad en todo el Estado de las prestaciones por este concepto empiezan a surgir graves problemas. Si la dependencia se determina como parte de la Seguridad Social, en principio la competencia sería del Estado, sin embargo la competencia en organización y prestación de servicios sociales corresponde hoy en día a las Comunidades Autónomas. Es evidente que se debería unificar el siste-

ma, pues no parece coherente que existiese un Seguro Público de Dependencia incluido en la Seguridad Social y al mismo tiempo las Comunidades Autónomas otorgaran unos servicios sociales de carácter graciabes.

Por otro lado, en cuanto afecta al seguro privado, si se desarrolla un Seguro privado de Dependencia debe coordinarse con el seguro público para que pueda organizarse. Es evidente pues, que existen notables diferencias entre unos seguros y prestaciones, sus principios y efectos son muy distintos en un caso y en otro, por lo que se espera que la Comisión que debe constituirse en cumplimiento del Acuerdo para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social encuentre la forma de coordinar este tema. Sería pues un avance muy importante para los consumidores poder contar con estas prestaciones, como de hecho ocurre ya en parte de Europa.

**Defendemos su ahorro  
y su ECONOMÍA**

**Sus DERECHOS  
como consumidor**

**La rentabilidad de su  
ahorro y CONSUMO**

**La mejor  
información**



**Por solo 2 Euros  
el periódico de  
los usuarios ¡Pídalo en su  
quiosco o suscríbese!**

**SUSCRÍBASE**  
**...y saldrá ganando**



# ADICAE

Asociación de Usuarios de Bancos  
Cajas de Ahorros y Seguros

PERTENECER A UNA ASOCIACIÓN  
DE CONSUMIDORES Y USUARIOS  
ES UN ORGULLO CIUDADANO  
Y UN SEGURO SOCIAL RENTABLE

¡HAZTE MIEMBRO DE  
LA ASOCIACIÓN  
DE USUARIOS DE BANCOS, CAJAS  
Y SEGUROS!

**AICAR-ADICAE**  
INFORMATE SIN COMPROMISO EN:

c/Gavín, 12 local  
50001 ZARAGOZA  
Tfno. 976 390 060

e-mail: [aicar.adicae@adicae.net](mailto:aicar.adicae@adicae.net)  
[www.adicae.net](http://www.adicae.net)

LLAMA O ACUDE SIN COMPROMISO  
ESTAMOS AL SERVICIO DEL CIUDADANO

DEFENSA  
AHORRO  
ARAGON  
con los afectados  
Agencia de Valores  
SERVICIOS de AICAR-ADICAE