

PRINCIPALES NOVEDADES INTRODUCIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO POR LA LEY 20/2015, DE 14 DE JULIO, DE ORDENACIÓN, SUPERVISIÓN Y SOLVENCIA DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS Y POR LA LEY 15/2015, DE 2 DE JULIO, DE LA JURISDICCIÓN VOLUNTARIA

Miguel Ángel Toledano Jiménez

Abogado

Profesor del Área Jurídica. CEF y UDIMA

EXTRACTO

El presente trabajo trata, sin ánimo de exhaustividad, sobre las reformas introducidas en la Ley de Contrato de Seguro por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como sobre las reformas introducidas en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro por la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria.

Se centra el artículo en el desarrollo de manera esquemática de las principales novedades introducidas en los artículos 8, 11 y 22 de la Ley de Contrato de Seguro, así como en la novedosa regulación de los seguros de decesos y dependencia, al igual que analiza las novedades introducidas en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro a la hora de elegir un tercer perito cuando no exista acuerdo entre las partes.

Palabras claves: contrato de seguro, seguro de decesos, seguro de dependencia y elección de tercer perito.

Fecha de entrada: 06-12-2015 / Fecha de aceptación: 28-12-2015

PRINCIPAL INNOVATIONS INTRODUCED IN THE INSURANCE CONTRACT BY LAW 20/2015, OF 14 JULY, MANAGEMENT, MONITORING AND SOLVENCY OF INSURANCE COMPANIES AND REINSURANCE AND LAW 15/2015, OF 2 JULY, VOLUNTARY JURISDICTION

Miguel Ángel Toledano Jiménez

ABSTRACT

This paper tries, without limitation, about reforms in the Insurance Contract Act by Law 20/2015, of 14 July, management, supervision and solvency of insurers and reinsurers and as the reforms introduced in Article 38 of the Law of Insurance Contract Law 15/2015, of 2 July, Voluntary Jurisdiction.

Article in developing schematically the main innovations introduced in Articles 8, 11 and 22 of the Insurance Contracts Act, and the new insurance regulation and dependency Death focuses and analyzes the innovations introduced in the Article 38 of the Law of Insurance Contracts to choosing a third expert if there is no agreement between the parts.

Keywords: contract of insurance, insurance of deceases, insurance of dependence and the third expert.

Sumario

1. Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR)
 - A. Estructura de la ley y presentación de modificaciones
 - B. Modificación de los artículos 8, 11 y 22 de la LCS: contenido de la póliza, comunicación de la agravación del riesgo y duración del contrato de seguro
 - C. Nueva sección 5.^a, título III de la LCS: «seguros de decesos y dependencia»
 - D. Disposiciones derogatoria y transitoria de la LOSSEAR
2. Modificación del artículo 38 de la LCS (disp. adic. novena de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria –LJV–) (pericial)

1. LEY 20/2015, DE 14 DE JULIO, DE ORDENACIÓN, SUPERVISIÓN Y SOLVENCIA DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS (LOSSEAR)

A. ESTRUCTURA DE LA LEY Y PRESENTACIÓN DE MODIFICACIONES

Estructura

- La LOSSEAR se estructura en 1 título preliminar y 8 títulos, 20 disposiciones adicionales, 13 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 21 disposiciones finales y 1 anexo (213 artículos).
- Título preliminar: establece el objeto, ámbito de aplicación y las definiciones aplicables en la ley.
- Título I: se refiere a la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. Se fijan determinadas funciones que le corresponden al ministro de Economía y Competitividad y se le reconoce a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la capacidad normativa para emitir circulares de obligado cumplimiento en el ámbito de la supervisión de seguros y reaseguros.
- Título II: regula las condiciones para la obtención de la autorización administrativa como requisito previo para el acceso al ejercicio de la actividad aseguradora o reaseguradora en términos similares a la norma anterior, así como el régimen jurídico de las mutuas de seguros, cooperativas y mutualidades de previsión social.
- Título III: regula el ejercicio de la actividad, estableciendo la exigencia de un eficaz sistema de gobierno de las compañías de seguros, siendo esta una de las novedades de la Directiva Solvencia II. El sistema de gobierno incluye las funciones fundamentales de gestión del riesgo, cumplimiento, auditoría interna y actuarial. Asimismo este título III regula otras cuestiones, todas ellas relativas al ejercicio de la actividad: valoración de activos y pasivos, garantías financieras, inversiones, información pública sobre situación financiera y de solvencia, obligaciones contables, operaciones societarias, conductas de mercado, etc.
- Título IV: regula todo lo relativo a la supervisión de entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Título V: relativo a la supervisión de grupos de entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Título VI: la ley recoge los mecanismos de que dispone la autoridad supervisora para afrontar situaciones de deterioro financiero de las entidades, incluyendo medidas de control especial.
- Título VII: regula los procedimientos de revocación, disolución y liquidación.

- Título VIII: régimen de infracciones y sanciones.
- 20 disposiciones adicionales: se establece, entre otros asuntos, que los seguros obligatorios se deberán fijar por una norma con rango de ley, se establecen los requisitos para que el seguro de caución sea admisible como garantía ante las Administraciones públicas, obligaciones para las aseguradoras que operan en el ramo de incendio y elementos naturales de suministrar determinada información a efectos de facilitar la liquidación y recaudación de tasas por el mantenimiento del servicio de prevención y extinción de incendios, se remite a regulación reglamentaria el régimen simplificado aplicable a los seguros de decesos en cuanto a bases técnicas, provisiones y capital de solvencia obligatorio, se establece que la obligatoriedad de comunicación con la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSYFP) a través de medios electrónicos pueda hacerse mediante circular, etc.
- 13 disposiciones transitorias: régimen de las mutuas de seguros, mutualidades de previsión social y cooperativas a prima variable, régimen de adaptación a las cuantías mínimas de capital obligatorio y fondo mutual, procedimientos administrativos en curso (se regirán por la normativa anterior), auxiliares asesores inscritos a 1 de enero de 2016 (causarán baja de oficio al haber desaparecido la obligación legal de inscripción), régimen transitorio de las modificaciones introducidas en la Ley de Contrato de Seguro (LCS), etc.
- 20 disposiciones finales: se realizan, entre otras, modificaciones que afectan a la LCS para especificar que, en los seguros personales, el asegurado o tomador no tiene obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, las cuales en ningún caso se considerarán agravación del riesgo. Se regulan por vez primera en esta norma los seguros de decesos y dependencia y se refuerza la libre elección del prestador de servicios en los seguros de decesos, asistencia sanitaria y dependencia. Se introduce en la Ley de Ordenación de la Edificación (LOE), como alternativa a la suscripción obligatoria de un seguro, la obtención de una garantía financiera que permita cubrir el mismo riesgo.

Presentación de modificaciones que afectan al contrato de seguro

- Artículo 11. Enumeración de los contratos de seguros de grandes riesgos.
- Título III, capítulo VII. Conductas de mercado: pólizas y tarifas, deber de información, mecanismos de solución de conflictos, publicidad, protección de datos y lucha contra el fraude (arts. 94-100).
- Disposición adicional segunda. Establecimiento e información sobre seguros obligatorios, indicando (entre otras cuestiones) que la obligación de suscripción de seguros deberá establecerse mediante normas con rango de ley.
- Disposición adicional décima. Peritos de seguros. Comisarios de Averías y Liquidadores de Averías, con una definición de estos conceptos.
- Disposición adicional decimotercera. Seguro de caución a favor de Administraciones públicas. Estableciendo que el contrato de seguro de caución celebrado con entidad

aseguradora autorizada para operar en el ramo de caución será admisible como forma de garantía ante las Administraciones públicas, así como los requisitos necesarios.

- Disposición transitoria sexta. Auxiliares asesores inscritos a 1 de enero de 2016, estableciendo que causarán baja de oficio, al haber desaparecido la obligación legal de inscripción.
- Disposición transitoria decimotercera. Régimen transitorio de las modificaciones introducidas en la LCS a través de la disposición final primera.
- Disposición derogatoria.
- Disposición final primera. Modificación de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro: artículos 8, 11, 22 y añadido de una sección quinta denominada «Seguros de decesos y dependencia».
- Disposición final tercera. Modificación de la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación. Esta modificación afecta principalmente al régimen de garantías exigibles para las obras de edificación comprendidas en el artículo 2 de la LOE y percepción de cantidades a cuenta del precio durante la construcción.
- Disposición final octava. Modificación del texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Disposición final novena. Modificación del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor: convenios de indemnización directa (obligación de adherirse), declaración amistosa de accidente (obligación de facilitar ejemplares), convenios de asistencia sanitaria para lesionados en accidentes de tráfico (recomendación para adhesión).
- Disposición final décima. Modificación de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados: artículos 6, 8, 15, 21, 27, 28, 39, 42 y 52. Desaparecen el «auxiliar externo», «auxiliar asesor» o «auxiliar» y se sustituyen por el concepto de «colaborador externo».

B. MODIFICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 8, 11 Y 22 DE LA LCS: CONTENIDO DE LA PÓLIZA, COMUNICACIÓN DE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

1. Se modifica el apartado 3 del artículo 8 de la LCS

Anterior redacción:

«La póliza del contrato deberá redactarse, a elección del tomador del seguro, en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde aquella se formalice. Si

el tomador lo solicita, deberá redactarse en otra lengua distinta, de conformidad con la Directiva 92/96, del Consejo de la Unión Europea, de 10 de noviembre de 1992.

Contendrá, como mínimo, las indicaciones siguientes:

(...)

3. Naturaleza del riesgo cubierto».

Nueva redacción:

«3. Naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente».

De alguna manera viene a ser un complemento al artículo 3, párrafo 1 de la LCS:

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

¿Qué diferencia existe?

El artículo 3 se refiere a las condiciones generales y particulares que se redactarán de manera clara y precisa.

El nuevo 8.3 se refiere a un concepto mucho más amplio puesto que regula el «contenido de la póliza», entendiendo que por póliza nos estamos refiriendo a todas las cláusulas que conforman el contrato de seguro: condiciones particulares, condiciones generales y cláusulas complementarias si las hubiere.

Por lo tanto, cuando se defina el riesgo cubierto, su naturaleza, que podríamos asemejar al objeto del contrato de seguro, se debe dar cumplimiento a todo lo indicado en este apartado:

- Definir el objeto del seguro de forma clara y comprensible.
- Definir de forma clara y comprensible las garantías y coberturas.
- Definir de forma clara y comprensible las limitaciones y exclusiones y destacarlas tipográficamente, es decir, en las condiciones generales deberán destacarse tipográficamente las limitaciones y exclusiones, sin perjuicio de que además, si quere-

mos que sean oponibles al asegurado, deban cumplir los requisitos del artículo 3: destacadas y aceptadas por escrito.

2. Se modifica el artículo 11 de la LCS

Anterior redacción:

«Artículo 11. El tomador del seguro o el asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas».

Nueva redacción:

El artículo once queda redactado como sigue:

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

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

- Recordemos que la agravación del riesgo es una situación que se produce cuando en el riesgo que se asegura surgen circunstancias que antes no existían (cuando se contrató la póliza), adquiriendo el riesgo cubierto una mayor peligrosidad a la inicialmente prevista, incluso un mayor porcentaje de ocurrencia del mismo.
- Recordemos además que la agravación del riesgo debe ejercer influencia en el siniestro para que produzca sus efectos, que son los recogidos en el artículo 12 de la LCS, es decir, que el asegurador puede, en un plazo de 2 meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En este caso, el tomador dispone de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales y dentro de los 8 días siguientes comunicará al tomador la

rescisión definitiva. El asegurador puede igualmente rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera el siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

- Las modificaciones no son relativas a las consecuencias de comunicar o no la agravación del riesgo, que siguen siendo las mismas; las modificaciones hacen referencia a dos aspectos concretos, que pasamos a analizar:
 1. La propia obligación de comunicar la agravación del riesgo concretando a qué riesgo se refiere la norma.
 2. La agravación del riesgo en los seguros de personas que ahora tiene una regulación específica.

1. *La propia obligación de comunicar la agravación del riesgo concretando a qué riesgo se refiere la norma*

Ahora se indica expresamente que la alteración debe referirse a los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo 10, de tal manera que si la agravación se refiere a factores y circunstancias por los que no se le preguntó al tomador a la hora de rellenar el cuestionario previo a la contratación, no tendría el deber de comunicarlo. Esto obligará a las aseguradoras a redactar cuestionarios todavía más extensos y detallados si cabe que los que ya existían. De todas formas, la modificación no hace sino acoger la propia doctrina del TS en su interpretación sobre el artículo 11 de la LCS, por ejemplo en la Sentencia de 22 de mayo de 2003, siendo ponente el señor Auger Liñán, cuando indica que el deber de declaración del agravamiento del riesgo ha de referirse a aquellos aspectos que el propio asegurador, que conoce la técnica de la explotación del seguro, considera relevantes a la hora de valorar el riesgo, por lo que habrán de tenerse en cuenta las circunstancias que alteren *o hagan perder su sentido a aquellos hechos a los que se refería el cuestionario elaborado por el asegurador*. Porque adviértase que el artículo 11 impone al tomador del seguro y al asegurado el deber de juzgar la conducta que hubiera seguido el asegurador en un momento anterior, que no es otro que el de la conclusión del contrato.

El artículo 11, a la hora de delimitar el deber del tomador del seguro o del asegurado de comunicar la agravación del riesgo, exige además que las circunstancias que agraven el riesgo sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas por el asegurador, lo habrían concluido en condiciones más gravosas. Lo que no nos dice es para quién debían ser más gravosas. Porque si las condiciones hubieran sido más gravosas para el asegurado, está claro que la comunicación del riesgo debe tener un carácter irrelevante para la aseguradora. De esto se deduce que las circuns-

tancias que deben comunicarse al asegurador, delimitadas en la forma que anteriormente se ha dicho, han de ser nuevas respecto al momento de la perfección del contrato y, además, relevantes. Si el hecho no incide en la probabilidad de que se produzca el siniestro o en las consecuencias dañosas que se derivan de este, no existe deber de comunicación.

2. *La agravación del riesgo en los seguros de personas que ahora tiene una regulación específica*

La variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado no se considera agravación del riesgo, esto tiene varias consecuencias:

- No existe la obligación de comunicar por parte del asegurado la variación de estas circunstancias con respecto a las que tenía cuando rellenó el cuestionario previo a la contratación de la póliza.
- Al no suponer una agravación del riesgo entendemos que el asegurador no puede incrementar la prima por un deterioro del estado de salud (podrá hacerlo por cuestiones previamente pactadas como, por ejemplo, ir condicionando la misma a la edad del asegurado).
- Tampoco puede rescindir el contrato de seguro en los supuestos de agravación del estado de salud puesto que esta no debe comunicarse y por lo tanto no será de aplicación el artículo 12 de la LCS, cuestión distinta será si al rellenar el cuestionario actuó con dolo o mala fe cuando fue interrogado por sus circunstancias para valorar el riesgo (art. 10 LCS).

Esta modificación nos parece importante y necesaria puesto que en los seguros de personas se produce una circunstancia diferente a la que se produce en los seguros de daños. En los seguros de daños la probabilidad de que se produzca el siniestro (pensemos en un robo, incendio) permanece inalterable a lo largo del tiempo, salvo lógicamente supuestos de agravación del riesgo que habrá que declarar (siempre y cuando se refiere a riesgos por los que se preguntó en el cuestionario previo). Sin embargo, en los seguros de personas, el empeoramiento o agravación del estado de salud es un hecho consustancial al riesgo asegurado y además es un riesgo (hasta cierto punto) previsible existiendo mecanismos técnico actuariales para hacerlo en el momento que contrató el seguro. Es evidente que la salud empeora conforme avanza en edad una persona y que también pueden establecerse estadísticas de ocurrencia de los diferentes tipos de enfermedades en función de antecedentes familiares, hábitos y costumbres, incluso lugares de residencia..., todos estos elementos deben tenerse en cuenta en el cálculo de la prima por parte de la aseguradora (actuuario).

Era necesaria esta matización por parte del legislador ya que aunque parezca algo obvio, puesto que la salud es el riesgo en sí mismo y por lo tanto su agravación no debe ser considerada para poder rescindir el contrato o aumentar la prima (pensemos en una persona que a los seis meses de contratar un seguro de asistencia sanitaria le detectan un cáncer y en pleno proceso de quimioterapia no le prorroga su aseguradora el contrato o le impone una prima desorbitada); no obstante alguna STS ha

provocado mucha incertidumbre al respecto, como la Sentencia de 4 de enero de 2008 que en el caso de un cáncer detectado un mes después de contratar el seguro de vida, estimó que se había producido un incumplimiento del artículo 11 de la LCS y afirmaba que «toda enfermedad previa al momento de la contratación, aunque no se diagnostique hasta después de la contratación del seguro, debe ser comunicada a la aseguradora, siempre que no hubiera transcurrido el plazo de un año desde la conclusión del contrato». En cambio, si el diagnóstico llega después de dicha fecha, cesaría esta obligación.

Deseamos que la modificación del artículo 11 solucione este tipo de situaciones injustas.

3. Modificación del artículo 22 de la LCS relativo a la duración del contrato

Anterior redacción:

«Artículo 22.

La duración del contrato será determinada en la póliza, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un periodo no superior a un año cada vez. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso. Lo dispuesto en los párrafos precedentes no será de aplicación en cuanto sea incompatible con la regulación del seguro sobre vida».

Nueva redacción:

El artículo 22 queda redactado como sigue:

«1. La duración del contrato será determinada en la póliza, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un periodo no superior a un año cada vez. 2. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, *efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador*, y de dos meses cuando sea el asegurador. 3. *El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.* 4. *Las condiciones y plazos de la oposición a la prórroga de cada parte, o su inoponibilidad, deberán destacarse en la póliza.* 5. Lo dispuesto en los apartados precedentes no será de aplicación en cuanto sea incompatible con la regulación del seguro sobre la vida».

- La duración del contrato será determinada en la póliza, la cual no podrá fijar un plazo superior a 10 años. Sin embargo, podrá establecer que se prorrogue una o más veces por un periodo no superior a 1 año cada vez. No hay cambios por lo tanto en

cuanto a la duración del contrato y duración de la prórroga. En este sentido conviene recordar que si se estableciera una prórroga por un periodo superior a 1 año, podría considerarse una cláusula nula puesto que iría contra la imperatividad del artículo 22 con relación al artículo 2 de la LCS, y ello aunque fuera aceptada por el tomador, no obstante todo es opinable. Indicamos esta cuestión porque lo hemos visto en alguna ocasión firmado por ambas partes (aseguradora y asegurado) y a nuestro juicio es un derecho irrenunciable.

- Novedad: las partes pueden oponerse igualmente a la prórroga mediante notificación escrita, pero en el caso del *asegurado el plazo pasará a ser de un mes* y en el caso del asegurador seguirá siendo de dos meses. Podrán seguirse estableciendo plazos más beneficiosos para el asegurado (por ejemplo, 15 días) puesto que el artículo 2 de la LCS sigue permitiéndolo.
- Novedad: el asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, *cualquier modificación del contrato de seguro*. Si bien la jurisprudencia ya lo venía estableciendo así como la DGS en sus múltiples resoluciones, ahora adquiere esta posición carácter de derecho sustantivo.
- Novedad: las condiciones y plazos de oposición a la prórroga de cada parte, o su inoponibilidad, *deberán destacarse en la póliza*. Si bien se venía haciendo por las compañías aseguradoras, ahora resulta obligatorio su inclusión. Esta información ya estaba de alguna manera contemplada en el Reglamento de Ordenación de 1998, en su artículo 105 como deber de información en el caso de los seguros de vida (duración del contrato y condiciones para su rescisión), también en los seguros de decesos. Lo que hace el nuevo artículo 22 es establecer un deber de información por parte del asegurador al tomador, de cualquier modificación del contrato de seguro para todos los seguros, ramos vida y no vida. Lo cual no hace sino acoger la jurisprudencia existente al respecto ya que cualquier modificación de las condiciones esenciales de un contrato debe ser conocida por la contraparte y no puede ser objeto de decisión unilateral.
- Por lo tanto:
 - 1 mes de preaviso para el asegurado.
 - Comunicación de cualquier modificación con dos meses de preaviso.
 - Destacar en la póliza condiciones y plazos de oposición a la prórroga o su inoponibilidad.

C. NUEVA SECCIÓN 5.^a, TÍTULO III DE LA LCS: «SEGUROS DE DECESOS Y DEPENDENCIA»

Se regula por primera vez en la LCS los seguros de decesos y dependencia, estableciéndose una sección 5.^a, dentro del título III, denominada:

Seguros de decesos y dependencia:

- Artículo 106 bis: decesos
- Artículo 106 ter: dependencia.
- Artículo 106 quáter: consideraciones comunes para asistencia sanitaria, decesos y dependencia.

El título III de la LCS queda como sigue:

- Sección primera. Disposiciones comunes.
- Sección segunda. Seguro sobre la vida.
- Sección tercera. Seguro de accidentes.
- Sección cuarta. Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria.
- Sección quinta. Seguros de decesos y dependencia.

Seguro de decesos

- Se configura fundamentalmente como un seguro de prestación de servicios funerarios: «por el seguro de decesos el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en este título y en el contrato, a prestar los servicios funerarios pactados en la póliza para el caso en que se produzca el fallecimiento del asegurado».
- Al estar dentro del título III, se configuraría como un «seguro de personas, dejando por lo tanto de lado la discusión sobre si es un seguro de daños o de personas. Esto tiene relevancia por ejemplo en orden a la interpretación del artículo 82 de la LCS cuando indica que en los seguros de personas el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado, contra un tercero como consecuencia del siniestro. Se exceptúa, como sabemos, de lo indicado lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria. Si configuráramos el seguro de decesos como un seguro de daños, cabría la posibilidad (al menos hipotética) de que la aseguradora repitiera contra el responsable del fallecimiento en los casos en que este se haya causado por ejemplo por culpa de un tercero; al tratarse de un seguro de personas esta repetición estaría vedada.
- Si existe un exceso de suma asegurada sobre el coste del servicio, este exceso corresponderá al tomador o, en su defecto (pensemos que el tomador sea el que ha fallecido), a los herederos.
- Se regula un supuesto muy habitual, que es el referido a cuando el asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación del servicio de enterramiento por causas

ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por la aseguradora. En estos casos, el asegurador viene obligado a satisfacer la suma asegurada a los herederos del fallecido, pero no es responsable de la calidad de los servicios prestados.

- Lo indicado en el punto anterior, no obstante, pudiera dar lugar a otra serie de problemas que no quedan resueltos: ¿puede una aseguradora establecer un seguro de decesos en el que se dé opción al asegurado a elegir entre capital o servicio de enterramiento?

Desde nuestro punto de vista el seguro de decesos se configura como un seguro de prestación de servicios y debe entenderse como tal, no siendo posible esta elección puesto que sería tanto como confundir un seguro de decesos con un seguro de vida si lo que se ofrece es un capital para caso de muerte, dándole al asegurado/beneficiarios la opción de elegir entre capital o servicio. En cualquier caso será la DGSYFP la que deberá velar por el cumplimiento de la normativa aplicable y deberá interpretar la norma, y, en su caso, los juzgados y tribunales.

- Se da solución a los supuestos de concurrencia de seguros de decesos en una misma aseguradora; en estos casos, el asegurador está obligado a devolver, a petición del tomador, las primas pagadas de la póliza que haya decidido anular desde que se produjo la concurrencia.
- Son necesarios por lo tanto una serie de requisitos:
 - 1.º La concurrencia de seguros debe ser en una misma aseguradora, resulta difícil pero no imposible.
 - 2.º Debe pedir la anulación de una de las pólizas el tomador para que se produzca la devolución de las primas pagadas relativas a dicha póliza.
- Dudas que se plantean:
 - Si el seguro de decesos es un seguro de personas, de conformidad con el artículo 23 de la LCS las acciones que se derivan del contrato de seguro prescribirán a los 5 años. Pensemos en dos seguros de decesos contratados ambos hace 10 años cuya anulación, de uno de ellos, se pide ahora: ¿solo procedería devolución de primas de 5 años?
 - Surge la duda de si el tomador es distinto en cada seguro contratado aunque la aseguradora y el sujeto asegurado sean los mismos. Desde nuestro punto de vista cabe esa devolución de prima puesto que se ha pagado dos veces por lo mismo (la prestación del servicio).
- Se da solución también a los supuestos de concurrencia de seguros en más de una aseguradora; estaríamos en el supuesto típico de concurrencia de seguros definido en el artículo 32 de la LCS: «cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo

tomador con distintos aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico periodo de tiempo».

En estos casos, si se produce el fallecimiento, el asegurador que no hubiera podido cumplir con su obligación de prestar el servicio funerario en los términos y condiciones previstos en el contrato, vendrá obligado al pago de la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido.

Requisitos:

- Concurrencia de seguros en dos o más aseguradoras.
 - Que se produzca el fallecimiento del asegurado.
 - Que una o más aseguradoras no hayan podido cumplir la prestación de prestar el servicio.
 - Resultado: obligación de pagar la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido.
- Por último, se produce una regulación del seguro de decesos distinta de la estipulada en el artículo 22 de la LCS en cuanto a la oposición a la prórroga:
 - Con carácter general la oposición a la prórroga puede ser ejercitada por el tomador (ahora 1 mes) y por la aseguradora (2 meses).

En el seguro de decesos hay una especialidad: la oposición a la prórroga solo puede ser ejercida por el tomador, por lo tanto, la aseguradora no puede rescindir el contrato de seguro (a salvo otras causas legales). Es más, como el seguro de decesos se configura también como un seguro de personas, con la modificación del artículo 11 de la LCS no se considerará una agravación del riesgo tampoco la agravación del estado de salud, por lo tanto, tampoco podrá ser aumentada la prima y si hay negación, resolver el contrato, en estos casos.

Seguro de dependencia

- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, de ordenación y supervisión, en su artículo 6 a) 2 englobaba en la clasificación de los riesgos por ramos el seguro de dependencia, dentro de los seguros «no vida» y dentro de estos en el Ramo de Enfermedad (Ramo 2): Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria y la dependencia), pero nada se indica acerca del mismo en la LCS, que recordemos que en los Seguros de Personas se establecía una regulación únicamente de seguro sobre la vida, del seguro de accidentes y de los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria.
- La LOSSEAR deroga la LOSS del 2004 y en su Anexo recoge los Ramos de Seguro que la anterior ley recogía en su artículo 6. Dentro de estos Ramos de Seguro, también en el apartado de «ramos de seguro distintos del seguro de vida y riesgos accesorios»

se recoge en el Ramo 2) Enfermedad, la asistencia sanitaria y la dependencia indicando que «las prestaciones de este ramo pueden ser a tanto alzado, de reparación, bien mediante el reembolso de los gastos ocasionados, bien mediante la garantía de la prestación del servicio, o mixta de ambos».

- Si bien, al igual que ocurre con el seguro de decesos, a efectos de petición de Ramo ante la DGSYFP se configura como un Ramo de «No vida», pero a efectos de inclusión en la LCS se configura y define como un «seguro de personas», junto con los seguros de vida, accidentes, enfermedad, asistencia sanitaria y decesos.
- Definición: por el seguro de dependencia el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en el título III de la LCS y en el contrato, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.
- ¿Qué se entiende por situación de dependencia?
 - La LCS nos remite a la situación prevista en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
 - En este sentido la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su artículo 2.2 define la dependencia como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».
 - Este artículo también define lo que se entiende por autonomía y actividades básica de la vida diaria (ABVD), al mismo nos remitimos.
- ¿En qué consiste la prestación del asegurador?
 - Abonar al asegurado el capital o la renta convenida, por ejemplo, estableciendo una suma asegurada para paliar la situación de dependencia del asegurado.
 - Reembolsar al asegurado los gastos derivados de la asistencia prestada.
 - Garantizar al asegurado la prestación de los servicios de asistencia, en este caso el asegurador debe poner a disposición del asegurado estos servicios y asumir directamente su coste.

Matizamos que al igual que en el seguro de decesos, la oposición a la prórroga solo puede ser ejercida por el tomador.

Novedades aplicables a los seguros de asistencia sanitaria, decesos y dependencia (art. 106 quáter de la LCS tras la reforma)

- *Libertad de elección del prestador del servicio*: las entidades aseguradoras garantizarán a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato. Lo analizamos:
 - ¿Cómo se hará? La entidad de seguro deberá poner a disposición del asegurado, de forma fácilmente accesible, una relación de prestadores de servicios que garanticen una efectiva libertad de elección, salvo en aquellos contratos en los que expresamente se prevea un único prestador. La aseguradora deberá, por lo tanto, entregar esta relación unida al contrato de seguro o facilitará el acceso a la misma por ejemplo en su página web.
 - Lógicamente esto conllevará cambios en las pólizas de este tipo de seguro, ya que salvo cuando se prevea un único prestador, la aseguradora tendrá que ofrecer la libre elección y lista de prestadores. Puede entenderse que existe una similitud con los seguros de defensa jurídica donde siempre y en todo caso el asegurado tiene derecho a la libre elección de abogado y procurador que hayan de defenderle y representarle en cualquier clase de procedimiento, si bien en el seguro de defensa jurídica no se facilita lista de prestadores de servicio y en estos seguros de personas sí habrá que hacerlo.
 - Cabe también la duda de lo que se entienda por único prestador: por ejemplo (a) ¿una aseguradora que proporciona la prestación a través de un reaseguro de prestación de servicios con una reaseguradora se considerará «único prestador»?; (b) ¿una aseguradora que proporciona la prestación a través de otra empresa que a su vez contrata con los prestadores de servicios se considera un único prestador? o (c) «único prestador» ¿se refiere a todos y cada uno de los prestadores finales del servicio, es decir, la empresa u operador funerario? –[estudio interesante sobre prestadores de servicios funerarios](#)–.
 - Desde nuestro punto de vista «único prestador» se refiere al prestador directo del servicio funerario (empresa de servicios funerarios), no a la empresa que contrata los servicios con diferentes empresas de servicios funerarios o a la reaseguradora que a su vez contrata estos servicios con diferentes prestadores. Entendemos por lo tanto por «único prestador» la empresa de servicios asistenciales de dependencia, clínica o centro médico donde se presta la asistencia sanitaria o empresa de servicios funerarios. En el caso de los servicios funerarios resultará muy complicado y quizá la norma quede en «papel mojado» puesto que establecer en una lista distintos prestadores de servicios en todo el territorio nacional resultará una tarea muy laboriosa; esto puede llevar a que el seguro de decesos se acabe convirtiendo en un

seguro de reembolso (libre elección) más que en su seguro de prestación de servicios perdiendo en este caso su verdadera naturaleza.

- No olvidemos, por otro lado, que si el asegurado elige al prestador designado en la póliza, la aseguradora responderá de que el servicio se preste conforme a las calidades y garantías pactadas, cuestión que ya ha sido tratada por la jurisprudencia por ejemplo en los casos de seguros de asistencia sanitaria (teoría o doctrina de la publicidad o apariencia, donde se aplica la normativa de consumidores y usuarios que la nueva LOSSEAR defiende).

D. DISPOSICIONES DEROGATORIA Y TRANSITORIA DE LA LOSSEAR

Derogatoria

- Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la LOSSEAR y, en particular, en lo que nos atañe, quedan derogados:
 - Los artículos 33 a), 75 y la definición de grandes riesgos del artículo 107.2 de la LCS.
 - El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados con las excepciones establecidas en la norma.

Transitoria

- La disposición transitoria decimotercera establece el siguiente régimen transitorio:

«Las entidades aseguradoras dispondrán de un plazo de seis meses para adaptar las pólizas que se comercialicen a partir de la entrada en vigor de esta Ley a las modificaciones introducidas a través de la disposición final primera de la misma en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Transcurrido el mismo y durante un plazo máximo de un año, las entidades de seguros adaptarán, a su renovación, las pólizas correspondientes a los contratos vigentes. No obstante, serán de aplicación directa aquellos preceptos que tengan carácter imperativo desde la entrada en vigor de esta Ley».
- [Una explicación sobre el carácter transitorio de la norma](#) y la aplicación de la misma, ha sido dada recientemente por la DGSYFP.

La cuestión (planteada por UNESPA) ha sido la siguiente: «se solicita criterio de este Centro Directivo sobre si son correctos y ajustados a derecho los criterios de aplicación de la modificación legal de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro introducidos por la disposición final primera de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras».

La DGSYFP ha resuelto con fecha 22 de octubre de 2015 la consulta, en el siguiente sentido:

«1. La disposición final primera de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras modifica la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

2. La disposición transitoria decimotercera (DT 13.^a) introduce el régimen transitorio de las modificaciones introducidas en la Ley de Contrato de Seguro a través de la disposición final primera de esta Ley. En su virtud: "Las entidades aseguradoras dispondrán de un plazo de seis meses para adaptar las pólizas que se comercialicen a partir de la entrada en vigor de esta Ley a las modificaciones introducidas a través de la disposición final primera de la misma en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Transcurrido el mismo y durante un plazo máximo de un año, las entidades de seguros adaptarán, a su renovación, las pólizas correspondientes a los contratos vigentes. No obstante, serán de aplicación directa aquellos preceptos que tengan carácter imperativo desde la entrada en vigor de esta Ley".

3. La disposición final vigésima primera (DF 21.^a), modificada por la disposición final undécima de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, regula la entrada en vigor. Tras establecer en su apartado primero la fecha general (1 de enero de 2016), el apartado segundo, a modo de excepción estatuye que: "No obstante, la disposición transitoria decimotercera y la disposición adicional decimosexta entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación. (...)".

La interpretación sistemática y lógica de las citadas disposiciones conduce a considerar que el espíritu de la norma es fijar el inicio del cómputo de plazos previstos para la aplicación de las modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro el 1 de enero de 2016.

En este sentido, la norma de derecho transitorio tiene como único objeto combinar el derecho y situación anterior a la promulgación de la nueva ley con esta, sentando normas que eviten la inseguridad jurídica. Con esta finalidad, la DT 13.^a señala un plazo para adaptación de las nuevas pólizas en su carácter de documentos privados a las nuevas normas, y, además, para «los contratos vigentes a la fecha de entrada en vigor de la Ley, otorga a las

aseguradoras, una vez transcurridos 6 meses desde dicha fecha, el periodo de un año para la adaptación de las pólizas correspondientes a estos contratos.

No obstante, cuestión distinta a la adaptación de la póliza como documento en el que se formaliza el contrato de seguro, es el de la aplicación de las normas imperativas derivadas de la modificación de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, las cuales en atención del amplio plazo de vacatio de la Ley 20/2015, regirán desde el 1 de enero de 2016 por expresa mención de la DT 13.^a, independientemente de si se han adaptado o no las pólizas en las que se materializan los contratos de seguro celebrados a la entrada en vigor de dicha ley».



MINISTERIO DE
ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

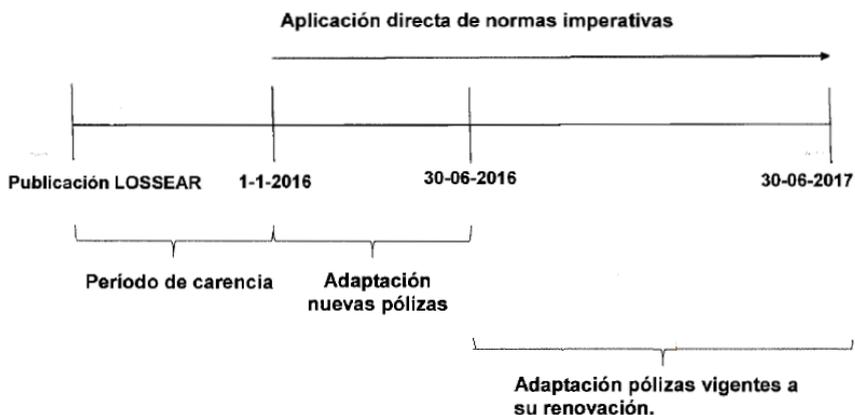
SECRETARÍA DE ESTADO DE ECONOMÍA
Y APOYO A LA EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS
Y FONDOS DE PENSIONES

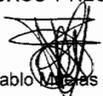
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y
REGULACIÓN

mención de la DT 13ª, independientemente de si se han adaptado o no las pólizas en las que se materializa los contratos de seguro celebrados a la entrada en vigor de dicha ley.

De modo gráfico, el régimen de plazos de entrada en vigor y transitorios se representaría del siguiente modo:



Madrid, 27 de octubre de 2015.
SUBDIRECTOR GENERAL DE
SEGUROS Y REGULACION


Pablo M. Eras García

2. MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 38 DE LA LCS (DISP. ADIC. NOVENA DE LA LEY 15/2015, DE 2 DE JULIO, DE LA JURISDICCIÓN VOLUNTARIA -LJV-) (PERICIAL)

Disposición final novena de la LJV

«Disposición final novena. Modificación de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Artículo modificado: 38».

El sexto párrafo del artículo 38 pasa a tener la siguiente redacción:

«Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. De no existir esta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En estos casos, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero».

Anterior redacción (38.6):

«Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y de no existir esta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar en que se hallaran los bienes, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero».

Por lo tanto, existirían ahora dos vías para el nombramiento de tercer perito del artículo 38 de la LCS en caso de disconformidad:

- Acudir al notario.
- Acudir a los Juzgados de lo Mercantil.
- Los nuevos procedimientos se establecen en el título VIII, capítulo VIII, de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria en relación con la disposición final undécima que modifica la Ley de 28 de mayo del notariado de 1862.
- Este procedimiento del artículo 38 de la LCS se estableció por ley para facilitar el acuerdo entre la aseguradora y el asegurado a la hora de fijar el importe y forma de la indemnización derivada de un siniestro, entendiéndose siempre que según reiterada jurisprudencia debía de tratarse de una cuestión de disconformidad en el *quantum* indemnizatorio y no era aplicable a los supuestos de discusión acerca de cobertura o falta de cobertura de la póliza. El cauce sigue siendo el mismo con la salvedad del

nombramiento del tercer perito: a) si hay acuerdo el asegurador deberá pagar la suma convenida o realizar las operaciones necesarias para reemplazar el objeto asegurado, si su naturaleza así lo permitiera; b) si no hay acuerdo dentro del plazo de 40 días, cada parte designará un perito; c) en caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta; d) cuando no haya acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad y, e) si no existe conformidad, es cuando se recurre a jurisdicción voluntaria o procedimiento notarial en los términos indicados.

- El perjudicado podrá, por lo tanto, escoger la vía que mejor se ajuste a sus intereses

1. Vía notarial

Título VII de la Ley Orgánica del notariado de 28 de mayo de 1862, introducido por la disposición final undécima de la LJV, en concreto el capítulo VI, sección 3.^a, es donde se prevé «el nombramiento de peritos en los contratos de seguro» y se indica que se aplicará el procedimiento regulado en este artículo (art. 80 Ley Notariado) cuando en el contrato de seguro, conforme a su legislación específica, no haya acuerdo entre los peritos nombrados por el asegurador y el asegurado para determinar los daños producidos, y aquellos no estén conformes con la designación de un tercero. El procedimiento sería el siguiente:

- Se aplica el procedimiento cuando aseguradora y asegurado no se pongan de acuerdo para designar un tercer perito.
- Competencia: notario al que acudan de mutuo acuerdo; en defecto de acuerdo, cualquiera entre los que tengan su residencia en el lugar del domicilio o residencia habitual del asegurado o donde se encuentre el objeto de la valoración, a elección del requirente; también podrá elegir a un notario de un distrito colindante a los anteriores.
- Puede promover el expediente cualquier de las partes o ambas conjuntamente (se acompañan la póliza y los dictámenes).
- El notario convoca a una comparecencia, si no hay acuerdo lo nombra conforme al artículo 50.
- Se notifica al perito para aceptación, si acepta, se nombra requerimiento para provisión de fondos, y emisión de dictamen en el plazo previsto por las partes y, en su defecto, en el plazo de 30 días a partir de la aceptación del nombramiento.
- El dictamen se incorpora al acta y se da por finalizada.

2. La otra opción es acudir a los Juzgados de lo Mercantil (título VIII, capítulo VIII, LJV)

- Será competente el Juzgado de lo Mercantil del lugar del domicilio del asegurado (art. 137 LJV).

- Podrán promover el expediente cualquiera de las partes del contrato de seguro o ambas conjuntamente. Al escrito se acompaña la póliza y los dictámenes de los peritos.
- En la tramitación no será preceptiva la intervención de abogado y procurador.
- El secretario judicial (letrado de la Administración de justicia) será el encargado de admitir o no a trámite el expediente; si no lo admite dicta decreto y archiva (art. 17 LJV); si lo admite cita a comparecencia a los interesados.
- Comparecencia: el secretario insta a los interesados a que se pongan de acuerdo en el nombramiento de otro perito y, si no hubiere acuerdo, procederá a nombrarlo con arreglo a las normas de la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 138.2 LJV).
- Si el perito acepta el cargo, se le proveerá del consiguiente nombramiento y deberá emitir su dictamen en un plazo máximo de 30 días, se incorpora al expediente y finaliza el procedimiento (art. 138.4 LJV).