



Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros

www.seaida.com

BOLETÍN INFORMATIVO

Nº199 · 2021

Coordinación: Félix Benito Osma

Redacción: Alberto Tapia Hermida, Eliseo Sierra, José Manuel Martín Osante, Pablo Cuadro Adanero.

Maquetación: Eduardo Escribano Gutiérrez

BOLETÍN INFORMATIVO DE SEAIDA Nº 199 · 2021

Depósito Legal: M-15219-93

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión sin la autorización previa y por escrito del titular del copyright.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TEMAS DE DEBATE 1

- CONSUMIDOR VULNERABLE Y SEGUROS.
- LA EUTANASIA: SUS REPERCUSIONES EN EL SEGURO.

TEMA DE ACTUALIDAD 5

- AUDITORÍA DE CUENTAS. GARANTÍAS FINANCIERAS.
- EL DEBER DE INFORMACIÓN DE LAS MUTUALIDADES CUANDO ACTÚAN COMO ENTIDADES ALTERNATIVAS AL RETA.
- CIBERSEGURIDAD TIBER-EU PARA EL SECTOR FINANCIERO ESPAÑOL.

CRÓNICA DE SEIDA 7

GRUPOS DE TRABAJO

- Seguro de Protección Jurídica. STS, Sala 1ª, de 24 de febrero 2021, sobre el límite de cobertura de la garantía adicional de defensa jurídica en caso de libre designación de profesionales.
- Seguro marítimo. Anteproyecto de Reforma de la Ley de Navegación Marítima.

WEBINAR

- El aseguramiento de la RC de los Vehículos de Movilidad Personal a la luz de la Directiva 2009/103/CE: Obligatorio o voluntario.

INFORMACIÓN DE MERCADO 11

DGSFP

1. La remisión de la evaluación interna de riesgos de los fondos de pensiones de empleo.
2. Comunicación del impuesto sobre primas de seguro.
3. Supervisión de las operaciones de ofrecimiento de ventas de liquidez en seguros de rentas vitalicias.
4. Declaración supervisora conjunta de las autoridades de supervisión europeas sobre el Reglamento de divulgación relativa a la sostenibilidad en el sector de los servicios financieros.

EIOPA

1. Preguntas y respuestas sobre la Directiva de Distribución de Seguros.
2. Planes de convergencia supervisora 2021.

FUNDACIÓN MAPFRE

Sistemas de pensiones en perspectiva global Actualización del análisis internacional comparativo de los sistemas de pensiones de jubilación.

JURISPRUDENCIA 14

1. Responsabilidad objetiva del fabricante de prótesis de cadera.
2. Dolo del asegurado en seguro de vida. Ocultación de patologías previas en el cuestionario de salud.
3. Cláusula lesiva por anormalmente limitativa en la cuantía de su cobertura. Seguro de defensa jurídica incorporado en un seguro de responsabilidad civil del automóvil.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

4. Cláusula delimitadora del riesgo en seguro colectivo de vida contratado por la banca.
5. Mora del asegurador en accidente de circulación producido en el extranjero.

LEGISLACIÓN | ACTOS PRELEGISLATIVOS 26

PUBLICACIONES SEIDA 29

- AÑO 2021.
- ÍNDICES ANUALES DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS.

TEMAS DE DEBATE

CONSUMIDOR VULNERABLE Y SEGUROS

El día 19 de enero se publicó el Real Decreto Ley 1/2021, de protección de los consumidores y usuarios frente a situaciones de vulnerabilidad social y económica, que modifica la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (LEGDCU). Dicho RDL resulta especialmente relevante, puesto que regula la figura del denominado “*consumidor vulnerable*”, incluyendo una serie de modificaciones en la propia LGDCU.

Esta figura, regulada por el artículo 3, viene a considerar como consumidores vulnerables a aquellas personas que, de acuerdo a sus características o circunstancias individuales o colectivas, se hallen en una situación de significativa subordinación, indefensión o desprotección que no les permite ejercitar de manera natural sus derechos como personas consumidoras en igualdad de condiciones que el resto.

Con carácter general, el artículo 8 indica que los consumidores y usuarios vulnerables tienen derecho a ser protegidos de los riesgos que puedan afectar a su salud o seguridad; a la protección de sus intereses sociales y económicos, con especial atención a las prácticas desleales y las cláusulas abusivas contractuales; a recibir una indemnización por los perjuicios sufridos; a ser informados correctamente para disfrutar los productos; defender sus intereses a través de organizaciones y la protección de sus derechos mediante procesos eficaces.

El RDL establece, con la finalidad de colocar en una situación de mayor igualdad a los consumidores vulnerables respecto a los demás consumidores y evitar abusos por parte de empresas, una serie de medidas que afectan a las prácticas comerciales de estas últimas, incluyendo en su artículo 19.4 al sector de los seguros de manera explícita.

Esta inclusión del artículo 19.4 afecta al modo en el que ambas partes interactúan a la hora de contratar un seguro. La inclusión del sector se puede entender por la complejidad de los productos a contratar, lo que, en base al artículo 17.3 del RD, supone que las empresas aseguradoras deberán hacer un especial esfuerzo en informar de una manera lo más clara posible a los consumidores vulnerables – que por sus características se encuentran en necesidad frecuente de acceder a la contratación de seguros- acerca de sus productos.

En este sentido, el artículo 18.2 y el artículo 20 establecen que los consumidores vulnerables de productos- también los complejos- tienen derecho a que al fácil acceso y a la comprensión básica de los mismos, con la finalidad de poder llegar a formular una opinión capaz de decantarles por la conveniencia o no conveniencia del pago de los productos que se encuentran en el tráfico de los consumidores y usuarios., viéndose así respetados sus legítimos intereses económicos y sociales.

Además, el propio artículo 19, en su apartado sexto, señala que en el caso de productos que entrañen una especial complejidad, como es el caso de los seguros, no sólo se deberá cuidar el derecho de información comprensible y veraz por parte de los consumidores vulnerables, sino también tratar de prever y de evitar en la medida de lo posible cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una situación de vulnerabilidad de este tipo de consumidor o usuario. Con tal fin, debe prestarse especial atención a *“las comunicaciones comerciales o información precontractual facilitada, la atención post contractual o el acceso a bienes o servicios básicos”*. De esta manera, las empresas deberán velar activamente porque no se produzca ninguna situación que exacerbe la situación de inferioridad de los consumidores y usuarios vulnerables.

Por otra parte, el artículo 60.1 de la LGDCU hace referencia a la información precontractual. En este aspecto, la empresa deberá expresar de una manera comprensible las características del producto, haciendo especial referencia a sus condiciones tanto jurídicas como económicas con la finalidad de que el consumidor vulnerable pueda hacer una valoración clara del productor a contratar y tomar una decisión al respecto que salvaguarde sus intereses.

Asimismo, no debemos olvidar que el artículo 19 deja la sujeción de las prácticas comerciales de los empresarios en manos de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal, en base a la cual podrían sancionarse actitudes discriminatorias hacia consumidores y usuarios vulnerables.

Como consecuencia de ello, la figura del consumidor vulnerable creada por el RDL 1/2021- a falta de una legislación más específica-, tiene un especial impacto en la contratación seguros. Este impacto se ejemplifica en el deber de ofrecer información clara y veraz a estos consumidores desde la información precontractual a la formalización y ejecución de cualquier contrato de seguros.

El que la protección del consumidor y usuario vulnerable de seguros abarque todo el proceso de consumo de un producto de tal complejidad supone que, además del derecho de los consumidores y usuarios vulnerables de obtener una información tendente a proteger su independencia de criterio e interés, la observancia activa del contrato y sus características por parte de las empresas de seguros con el fin de prever y corregir cualquier circunstancia que pueda poner en una desigualdad manifiesta a los consumidores y usuarios vulnerables de seguros.

Las posibles consecuencias de no respetar derechos de los usuarios y consumidores vulnerables vendrán determinadas por la legislación específica aplicable, especialmente la Ley de Competencia Desleal.

Dentro de estas medidas que cubren la integridad del proceso de consumo del producto de seguros, los intermediarios, como comercializadores, deberán prestar especial atención a la correcta descripción del producto de manera cognoscible de acuerdo a las ca-

racterísticas de las personas consumidoras y usuarias vulnerables y de las posibles condiciones contractuales a las que estarían expuestas, además de hacerlas conocedoras del conjunto de derechos.

La nueva figura del consumidor vulnerable repercutirá a los diferentes tipos de seguros, siendo principalmente los seguros personales los más afectados junto con algunos seguros de daños, por encima de otros como los patrimoniales o los de servicios.

LA EUTANASIA: SUS REPERCUSIONES EN EL SEGURO

La eutanasia ha sido regulada mediante la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo (BOE nº 72 de 25 de marzo). Su aprobación queda justificada, según su preámbulo, en “*dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia*”.

La Ley reconoce un *nuevo derecho individual* la “eutanasia”, entendida por una actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.

Este nuevo derecho entra en *conexión/colisión/compatibilidad* con derechos y libertades fundamentales constitucionales (derecho a la dignidad (art 10), derecho a la vida e integridad física y moral (art. 15), derecho a la intimidad (art. 18) y en especial, la libertad como valor superior del ordenamiento (art.1) en un Estado social y democrático de Derecho. El preámbulo de la Ley manifiesta que la libertad y otros derechos y bienes prevalecen en caso de ponderación frente a otro que es el derecho a la vida, pues no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida en contra de la voluntad libre y consciente del titular del derecho a la vida, que se encuentra ante una situación vital.

Se garantiza el derecho de acceso a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, es decir, se garantiza la financiación pública de la prestación.

Toda persona que cumpla con las condiciones exigidas en la Ley tiene un derecho a solicitar y un derecho a recibir una prestación, “la ayuda necesaria para morir” (arts. 4 y 5). La solicitud exige un requisito subjetivo (la nacionalidad o residencia española, decisión autónoma e informada consentimiento informado previo) y una situación objetiva (padecer y sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificada por médico responsable). De un lado, se exige al solicitante de capacidad suficiente y de decisión que tome sea libre, voluntaria y consciente. De otro lado, se requiere esa situación de enfermedad grave e incurable que origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes insoportable e incapacitante.

Ese derecho de acceso queda supeditado necesariamente a una información adecuada sobre su proceso médico por los equipos sanitarios, a un consentimiento informado de un médico responsable, de la comprobación de un médico consultor y en última instancia de la verificación por la Comisión de Garantías a través de un profesional médico y de un jurista sobre si concurren los requisitos y las condiciones sobre el derecho a solicitud y el derecho a recibir la prestación.

La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

En dicho proceso intervienen profesionales sanitarios- el médico responsable- y el médico consultor-, cuyos actos en este proceso se incorporan a la historia clínica del paciente. La presencia y las competencias establecidas a los profesionales sanitarios incluidos los centros sanitarios donde se realizará la prestación de su acomodo en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En particular, el acto médico “lex artis”, el consentimiento informado (consentimiento escrito, los límites al consentimiento) y la historia clínica (documentación, contenido, custodia, acceso). No debe obviarse que quien documenta el consentimiento, comprueba la situación clínica y quien practica o prescribe es un profesional sanitario.

TEMA DE ACTUALIDAD

AUDITORÍA DE CUENTAS. GARANTÍAS FINANCIERAS

El RD 2/2021, de 12 enero aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley 22/2015, de 20 de julio, de Auditoría de Cuentas. La norma regula las garantías financieras contenida en el art 65 de la Ley 22/2015, de 20 de julio, de Auditoría de Cuentas.

Las garantías financieras deben responder del resarcimiento de la responsabilidad personal y directa derivada de los daños y perjuicios económicos que los auditores de cuentas pudieran causar, como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones adquiridas en el ejercicio de su actividad, por las reclamaciones que se planteen antes de que se extinga la acción de responsabilidad por prescripción.

En el caso de que la garantía financiera se constituya mediante una póliza de seguro de responsabilidad civil o de caución, individual o colectiva, esta deberá cubrir específicamente la responsabilidad civil tal y como se define en el artículo 26 de la Ley 22/2015, de 20 de julio, y en los términos y condiciones establecidos en el artículo 65.

La cobertura debe realizarse de forma individualizada para cada auditor de cuentas y para el ejercicio de la actividad de auditoría de cuentas, sin que sean admisibles cláusulas que determinen una cobertura inferior al límite que resulte de aplicación para cada siniestro con independencia de que de forma conjunta se cubra dicho límite.

La insuficiencia de la garantía financiera, cualquiera que sea la forma en que esté constituida, o su falta de vigencia, en su caso, será causa que automáticamente impedirá el ejercicio de la actividad de auditoría de cuentas.

DEBER DE INFORMACIÓN DE LAS MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL COMO ALTERNATIVA AL RETA

Las mutualidades de previsión social autorizadas para actuar como alternativas al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, ***desde el 1 de marzo de 2021, deberán poner a disposición de la Tesorería General de la Seguridad Social*** antes de finalizar el mes natural siguiente a la situación de alta o de baja, de forma telemática, ***una relación de los profesionales colegiados integrados en las mismas como alternativas*** al citado régimen especial en la que se indique expresamente la fecha en que quedó incluido cada uno de ellos, cuál es su actividad profesional y, en su caso, la fecha de baja en la mutualidad por cese de actividad.”

CIBERSEGURIDAD TIBER-EU PARA EL SECTOR FINANCIERO ESPAÑOL

La Comisión Ejecutiva del Banco de España ha aprobado la adopción del marco de pruebas avanzadas de ciberseguridad publicado por el BCE (TIBER-EU) para el sector financiero español.

El marco local se denominará TIBER-ES y tiene como objetivo fundamental fortalecer la ciberresiliencia de las instituciones financieras que operan en España y, en sentido amplio, contribuir a la estabilidad del sector financiero español. La tecnología es un elemento imprescindible para que las instituciones financieras puedan ofrecer sus servicios de modo fiable, seguro y acorde con su modelo de negocio y estrategia. Factores como el elevado número de interconexiones dentro del sector financiero y con terceras partes, la continua y veloz evolución tecnológica, el aumento en el número y sofisticación de las ciberamenazas, el desplazamiento masivo de la operativa financiera a los canales digitales o el trabajo en remoto han convertido la resiliencia y la ciberseguridad de las entidades en una prioridad, tanto desde el punto de vista prudencial como desde el de estabilidad financiera. Aunque TIBER-EU podría ser utilizado por compañías de cualquier sector, la adopción local TIBER-ES se ha diseñado para su aplicación en el sector financiero. Por ello, cualquier institución financiera que opere en España podrá someterse a pruebas bajo el marco local, de manera voluntaria. El Banco de España se constituye en “autoridad propietaria” de TIBER-ES, si bien contará con la cooperación de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV) y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSyFP) cuando las entidades que vayan a someterse a las pruebas pertenezcan a su ámbito de competencia. TIBER-ES cumple los principios de TIBER-EU, por lo que las pruebas realizadas bajo dicho marco local garantizarán el reconocimiento de autoridades en otras jurisdicciones que también han adaptado localmente TIBER-EU. En los próximos meses se publicarán las guías de TIBER-ES

CRÓNICA DE SEAIDA

GRUPOS DE TRABAJO

Seguro de Protección Jurídica. STS, Sala 1ª, de 24 de febrero 2021, sobre el límite de cobertura de la garantía adicional de defensa jurídica en caso de libre designación de profesionales

El Grupo de Trabajo de SEAIDA “Seguro de Protección Jurídica” se reunió a fin de tratar la reciente Sentencia del Tribunal Supremo, lo que permitió un análisis reflexivo por los miembros del Grupo sobre el seguro o garantía de defensa en sentido estricto, la relación de prima y suma aseguradora, la información separada precontractual, y la validez de los límites contractuales a la cobertura prestada. Todo ello, en base al principio esencial de suficiencia de las primas en la actividad aseguradora. En la reunión mantenida se destacaron, a su vez, varios aspectos relevantes de la STS. Entre ellos, la dificultad de establecer sumas aseguradas suficientes para cada caso. Igualmente, se puso el acento en la redacción de muchos condicionados de pólizas, especialmente en seguros multirriesgos. La Comisión integrada por **Emilio Fernández** (CASER), **María Belén Pose** (ARAG), y **César García** (Abogado), acordó la preparación de un estudio exhaustivo del ramo de defensa jurídica, que abordase la jurisprudencia más reciente, el propio ramo, así como las modificaciones que afectarán por la reforma de la justicia y del contrato de seguro.

Seguro marítimo. Anteproyecto de Reforma de la Ley de Navegación Marítima

El Grupo de Trabajo de Seguro marítimo de SEAIDA analizó el anteproyecto de Ley de Navegación Marítima. Webinar de SEAIDA: “*La modificación de la Ley de Navegación Marítima y sus repercusiones en el seguro*”, 22 de marzo.

Rafael Illescas Ortiz, presidente de SEAIDA, presentó el acto con una breve introducción, sobre el estado contextual del anteproyecto de Ley impulsado por la Dirección General de la Marina Mercante y dependiente del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana.

Eliseo Sierra Noguero, presidente del Grupo de Trabajo de SEAIDA Seguro Marítimo, presentó una ponencia titulada «*Los nuevos retos de la seguridad de la navegación marítima y su cobertura por el seguro de responsabilidad civil*». En esta materia, el ponente destacó dos aspectos del Anteproyecto analizado. Por un lado, incluye una habilitación al Gobierno para crear obligaciones de aseguramiento o aval de la responsabilidad civil derivada de actividades marítimas que puedan afectar a la seguridad marítima o a la protección del medio ambiente marino. Es una habilitación muy amplia, que requiere desarrollo regla-

mentario, para identificar qué actividades requerirán de seguro de responsabilidad civil, quién es el obligado, la forma de cobertura, importe mínimo y duración. Por otro lado, el Anteproyecto aboca a la cooperación del armador o fletador con su asegurador de responsabilidad civil para mantener la cobertura ante los nuevos riesgos de la seguridad marítima. Se regulan por primera vez en el TRLPEMM los buques autónomos (*Marina Autonomus Surface Ships* o MASS, según la OMI y EMSA). Generarán al parecer menos siniestros, pero introduce riesgos no cuantificados ni asegurados, con peculiaridades especiales, como la cobertura del ataque cibernético que deje al buque autónomo innavegable, con impacto en los contratos y en los seguros de responsabilidad civil. También se autoriza a la empresa naviera española a contratar seguridad privada armada a bordo si el buque justifica su necesidad por navegar por países o aguas internacionales donde se cometen actos de piratería. También el asegurador de responsabilidad civil ha de tener conocimiento de esta contratación de seguridad privada para cooperar con el asegurado y no perder la cobertura.

José Manuel Martín Osante, profesor Titular de Derecho Mercantil UPV: *“Propuestas de modificación de la ley de Navegación Marítima en materia de abordaje, embargo preventivo y limitación de la responsabilidad: alcance y justificación”.*

De acuerdo con la Ley de navegación marítima (LNM), la garantía que exigirá el Juez, para que pueda materializarse el embargo preventivo de buques o embarcaciones, deberá ser de una cuantía “suficiente para responder de los daños, perjuicios y costas que puedan ocasionarse” y “que como mínimo será del 15 por ciento del importe del crédito marítimo alegado” (art. 472.2 LNM)

Con la previsión en el art. 472.2 LNM del criterio del porcentaje mínimo del 15% del importe del crédito, no cabe duda que se gana en seguridad jurídica, de forma que los jueces disponen de criterios más precisos para fijar la fianza y las partes conocerán el importe mínimo de la fianza antes de que se dicte la resolución judicial. Sin embargo, se trata de un criterio discutible, ya que la cuantía del importe del crédito no guarda relación con los daños, perjuicios y costas que la inmovilización del buque o la embarcación pueda ocasionar.

El Anteproyecto de Ley de Modificación del Texto Refundido de la Ley de Puertos del Estado y de la Marina Mercante, y de la Ley de Navegación Marítima de 15 de febrero de 2021, suprime la citada fianza mínima del 15%. La cuantía de la garantía la determinará libremente el juez en atención a los siguientes criterios relacionados con el buque objeto de embargo: a) Su porte y dimensiones. b) El coste derivado de su estancia en el puerto. c) Su precio de mercado por día. d) Si está o no sujeto a línea regular. e) Si está o no cargado. f) Sus compromisos contractuales. Asimismo, el juez podrá tener en cuenta para la fijación de la garantía si el embargante tiene bienes ejecutables en España u otras causas similares.

En materia de abordaje se modifica el apartado 1 del artículo 342, afirma el Anteproyecto que con ello se “corrige el error en que incurría ese precepto, puesto que las responsabilidades por los daños ocasionados a la carga se reparten de manera mancomunada, tal y

como prevé el Convenio Internacional para la Unificación de Ciertas Reglas en Materia de Abordaje y el artículo 341 también de la Ley de Navegación Marítima. Con la reforma la responsabilidad solidaria se reserva para la indemnización de los daños personales sufridos por terceros". No se comparte el criterio de que se trate de un error la previsión de la responsabilidad solidaria para los daños materiales ocasionados a terceros. Se trata de un criterio asentado en nuestra tradición jurídica, pues el Código de comercio ya contemplaba esta responsabilidad solidaria por daños materiales.

Por lo que se refiere a la limitación de responsabilidad, se modifica el artículo 399.2 de la Ley de Navegación Marítima para adaptar las cuantías de los límites de responsabilidad aplicables a los buques y embarcaciones de arqueó bruto inferior a 300, después de la aprobación de las enmiendas a los límites de responsabilidad que figuran en el Protocolo de 1996 que enmienda el Convenio sobre limitación de la responsabilidad nacida de reclamaciones de derecho marítimo, 1976, adoptadas el 19 de abril de 2012 mediante la Resolución LEG.5(99), con el consiguiente incremento de los límites de responsabilidad. En concreto, el artículo 399.2 LNM quedaría redactado como sigue:

"2. Los límites de responsabilidad aplicables para los buques y embarcaciones con arqueó inferior a 300 toneladas son:

- a) 3,02 millones de derechos especiales de giro para las reclamaciones relacionadas con muerte o lesiones corporales.
- b) 1,51 millones de derechos especiales de giro para las demás reclamaciones limitables."

Carlos Salinas Adelantado, profesor Titular de Derecho Mercantil en la Universidad de Valencia y socio de MA Abogados: "*Las cláusulas de sumisión a foro y ley aplicable en el Anteproyecto de Reforma de la Ley de Navegación*". Analizó las principales novedades que surgen en torno a los nuevos artículos 251 y 468.

Isidro Galobart, abogado en SEA&LAW: "*Navegación de recreo, seguro y acción directa*". Comentó cómo afectará el nuevo artículo 312 Ley de Navegación Marítima a las embarcaciones de recreo en el ámbito de seguros y acción directa.

WEBINARS SEAIDA

"El Aseguramiento de la RC de los Vehículos de Movilidad Personal a la luz de la Directiva 2009/103/CE: Obligatorio o Voluntario"

28 abril 2021

17:00h (GMT +1)

DURACIÓN: 2 horas (aprox.)



OBJETIVO



Estudio y debate de la responsabilidad civil y del aseguramiento de los accidentes ocurridos con ocasión de la circulación de los vehículos de movilidad personal. La obligatoriedad o voluntariedad de seguro. Una perspectiva de la UE con la Directiva 2009/103/CE, la normativa nacional sobre la responsabilidad y seguro de vehículos a motor y aquella otra que regula los vehículos de movilidad RD 970/2020 por el que se modifica el Reglamento General de Vehículos y el Reglamento General de Circulación. Todo ello, en relación con la casuística que se está produciendo en los Tribunales.

PROGRAMA

17:00h COMIENZO

Modera



D. Félix Benito Osma
Secretario General SEAIDA.

"La obligación de aseguramiento de los vehículos de movilidad: una perspectiva desde el Derecho de la Unión Europea"



D. Juan José Marín
Catedrático de Derecho Civil, Abogado.
Estudio Jurídico Juan José Marín.

"El necesario aseguramiento obligatorio de la responsabilidad civil derivada del uso y circulación de los Vehículos de Movilidad Personal"



D. Enrique Montero Fuentes-Guerra
Abogado.
Profesor de Derecho de Daños, Universidad de Córdoba.

"Consecuencias del eventual aseguramiento obligatorio de la RC derivada del uso y circulación de los VMP"



D. Pablo Muelas
Socio coordinador del Grupo de Seguros
GA_P Gómez-Acebo&Pombo

19:00h CLAUSURA

INFORMACIÓN DE MERCADO

DGSFP

La remisión de la evaluación interna de riesgos de los fondos de pensiones de empleo.

Los fondos de pensiones de empleo tienen que llevar a cabo y documentar su propia valoración de riesgos por exigencia del artículo 28 de la Directiva (UE) 2016/2341 del Parlamento europeo y del Consejo de 14 de diciembre de 2016 relativa a las actividades y la supervisión de los fondos de pensiones de empleo (FPE). En la normativa nacional ya existía la revisión financiera actuarial que incluía parte de la información solicitada en la nueva evaluación propia de riesgos exigida por la Directiva; por ello, el contenido de la valoración de riesgos del artículo 28 de la Directiva, se ha traspuesto repartándolo entre la revisión financiera actuarial y la evaluación interna de riesgos. La revisión financiera actuarial se regula en el artículo 9.5 de la Ley de planes y fondos de pensiones (en adelante LPFP) y el artículo 23 del Reglamento de planes y fondos de pensiones (en adelante RPFP). La evaluación interna de riesgos se regula en el artículo 30 quinquies de la LPFP y artículo 81 quater del RPFP. Cada uno de estos informes se remitirá a través de su telemático correspondiente disponible en la sede electrónica de la DGSFP. Se adjuntan a continuación los enlaces a estos telemáticos: Revisión actuarial Evaluación interna de riesgos De acuerdo con el artículo 23 del RPFP, la revisión financiera actuarial tiene que remitirse anualmente en el caso de planes de empleo y asociados que tengan obligación de constituir margen de solvencia o cada tres años, para el resto de planes de pensiones de empleo y asociados de prestación definida o mixtos que no asuman riesgos. Las entidades gestoras deberán remitir a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las revisiones actuariales y financieras dentro de los seis meses siguientes desde la terminación del último ejercicio económico revisado. Es decir, debe remitirse antes del 1 de julio. La evaluación interna de riesgos, de acuerdo con el artículo 30 quinquies de la LPFP, se efectuará por la gestora para cada uno de sus fondos de empleo, de manera regular, al menos cada tres años o sin demora después de cualquier cambio significativo del perfil de riesgo del fondo de pensiones de empleo. Cuando se produzca un cambio significativo en el perfil de riesgo de un plan de pensiones específico, la evaluación de los riesgos podrá limitarse a ese plan de pensiones. De acuerdo al artículo anterior, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones considera que se debe presentar a este Centro Directivo el informe sobre la evaluación interna de riesgos cada tres años a contar desde el ejercicio 2021, ejercicio en el que debe presentarse la primera evaluación, sin perjuicio de que durante los ejercicios intermedios se hayan podido realizar valoraciones adicionales de riesgos por un cambio significativo del perfil de riesgos del fondo de pensiones de empleo o de alguno de sus planes. El informe trienal de valoración de riesgos será, por tanto, a nivel de fondo de pensiones, mientras que los intermedios podrán ser tanto a nivel de fondo de pensiones como de plan de pen-

siones. En cuanto al plazo máximo de remisión de la evaluación interna de riesgos, habrá que diferenciar la remisión del primer informe de valoración de riesgos, del informe trienal de valoración de riesgos y de las valoraciones necesarias por cambios significativos del perfil de riesgo del fondo o de un plan, durante esos 3 años. En el caso de que haya habido un cambio significativo en el perfil de riesgo, debe realizarse una evaluación inmediatamente después de que se produzca el cambio, remitiéndose a la DGSFP en un plazo de quince días hábiles desde su aprobación por el órgano de administración, de acuerdo con lo previsto en el punto 5 del artículo 30 quinquies de la LPFP. Por otro lado, la remisión de la evaluación interna de riesgos exigida cada tres años, no cuenta con una fecha concreta de remisión pero, dado que la obligación prevista por la Directiva se ha distribuido entre la revisión financiera actuarial y la evaluación interna de riesgos, y la primera sí que dispone de un plazo máximo de remisión, este Centro Directivo considera que por coherencia, se debe aplicar el mismo plazo, remitiéndose antes del 1 de julio. Esta coincidencia en la fecha, no implica que tengan que coincidir en el año la remisión de la evaluación interna de riesgos y las revisiones actuariales trienales (que serán cada 3 años empezando a contar desde la fecha de inicio del plan). Por último, en cuanto a la primera valoración de riesgos, la disposición transitoria única del Real Decreto 738/2020, de 4 de agosto, por el que se modifican el Real Decreto 304/2004, establece que deberá ser elaborada y aprobada por el órgano de administración de la entidad gestora en el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de este real decreto. La entrada en vigor fue 5 de agosto, por lo que antes del 8 de febrero de 2021 debe ser aprobado por el órgano de administración de la entidad gestora disponiendo de 15 días hábiles, de acuerdo con el artículo 30 quinquies de la LPFP para remitir esta valoración a la DGSFP. De acuerdo con esto, la fecha límite para el primer envío sería hasta el 1 de marzo de 2021 en el caso de que se hubiese aprobado el 8 de febrero de 2021. Esta nota se publica de conformidad con lo previsto en el artículo 24.1, último párrafo del texto refundido de la Ley de regulación de planes y fondos de pensiones, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre que remite al artículo 17 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en virtud del cual la DGSFP, a través de su sede electrónica, promoverá la difusión de cuanta información sea necesaria para asegurar la consecución de los fines establecidos en la citada Ley.

http://www.dgsfp.mineco.es/es/Entidades/modelos/Documents/nota%20%20evaluaci%C3%B3n%20de%20riesgos%20%204_03_2021.pdf

Comunicación del impuesto sobre primas de seguro.

El tipo de gravamen del Impuesto sobre Primas de Seguros aplicable a determinadas operaciones de seguro ha sido modificado por la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021. Conforme a lo establecido en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, las entidades aseguradoras deben co-

municar a sus clientes (tomadores de seguro) los cambios que afecten a los contratos al menos dos meses antes de la fecha en que se fueran a prorrogar. En atención a ello, algunas notificaciones se han llevado a cabo por parte de las aseguradoras con anterioridad a la citada variación del tipo de gravamen, por lo que las cantidades recogidas en el recibo de prima que finalmente se pase al cobro pudieran diferir de las inicialmente comunicadas como consecuencia del reajuste en el tipo impositivo. No obstante, el importe final que cada entidad presente al cobro dependerá no solo de la repercusión del impuesto, sino también de su política comercial y de sus decisiones en materia de precios

<http://www.dgsfp.mineco.es/es/DireccionGeneral/Publicaciones/Nota%20IPS%20febrero.pdf>

Supervisión de las operaciones de ofrecimiento de ventas de liquidez en seguros de rentas vitalicias.

<http://www.dgsfp.mineco.es/es/DireccionGeneral/Publicaciones/Nota%20DGSFP%20supervision%20liquidacion%20de%20rentas%20vitalicias.pdf>

Declaración supervisora conjunta de las autoridades de supervisión europeas sobre el Reglamento de divulgación relativa a la sostenibilidad en el sector de los servicios financieros.

<http://www.dgsfp.mineco.es/es/supervision/Documentos%20EIOPA/040321/jc-2021-06-joint-esas-supervisory-statement-sfdr.pdf>

EIOPA

Preguntas y respuestas sobre la Directiva de Distribución de Seguros

<https://www.eiopa.europa.eu/content/questions-answers-insurance-distribution-directive>

Planes de convergencia supervisora 2021

<https://www.eiopa.europa.eu/content/eiopa-defines-its-supervisory-convergence-priorities-2021>

FUNDACIÓN MAPFRE

Estudio analítico e internacional de los sistemas de pensiones de jubilación: **Sistemas de pensiones en perspectiva global Actualización del análisis internacional comparativo de los sistemas de pensiones de jubilación.**

http://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1110621

JURISPRUDENCIA

1. Responsabilidad objetiva del fabricante de prótesis de cadera. Defecto como falta de seguridad del producto objetivamente esperable

TS, sala 1ª, sentencia núm. 105/2021, de 1 de marzo de 2021.

Ponente. Excm. Sra. D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

Hechos. En febrero de 2010 se produce la implantación de una prótesis ASR de cadera en un hospital a la demandante. Un mes más tarde, la compañía DePuy, fabricante de la prótesis, emite una alerta de seguridad a hospitales y centros sanitarios, donde se informa sobre la existencia de defectos en las mismas. Al mismo tiempo, la compañía expresa su voluntad de correr con los gastos que puedan acarrear la supervisión y tratamientos de los pacientes que recibieron este tipo de prótesis de cadera metal-metal ASR de tipo XL.

En septiembre de 2010, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) distribuye la nota informativa de la compañía entre los centros de salud españoles. La Sr. Elsa fue informada de lo sucedido a través de una carta del Hospital en diciembre de ese mismo año, lo que activó un proceso de seguimiento que desembocó en una intervención quirúrgica en febrero de 2012 con la finalidad de sustituir la prótesis defectuosa.

Alegaciones y pretensiones del demandante. Con fecha 26 de mayo de 2014 la Sra. Elsa interpuso demanda contra DePuy solicitando una indemnización por los daños sufridos (135.702,18 €) más intereses de demora, como consecuencia de los defectos de la prótesis de cadera metal-metal ASR de tipo XL fabricada por la empresa demandada.

La fundamentación jurídica consistió en:

- (i) la aplicación de los arts. 1902 CC y 8, 128, 129, 132, 135, 136 y 137 del Real Decreto Legislativo 1/2007 de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (TRLGDCU);
- (ii) la doctrina emanada de la STS de Pleno 549/2010, de 9 de diciembre;
- (iii) el carácter defectuoso de la prótesis quedaba probado por la alerta sanitaria cursada tanto por la fabricante como por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) así como por la sintomatología y el resultado de las pruebas practicadas con arreglo a las recomendaciones de seguimiento de la fabricante y de la AEMP.

Alegaciones y pretensiones de la demandada. La compañía fabricante se opuso a la demanda por los siguientes motivos:

- (i) que la prótesis implantada a la Sra. Elsa no era defectuosa, muy al contrario, presentaba

unas condiciones de fabricación excelentes;

(ii) falta de responsabilidad de DePuy;

(iii) inexistencia de motivo clínico que justificara la intervención de reemplazo de la prótesis, y, en cualquier caso,

(iv) improcedente y excesiva valoración de los daños causados a la Sra. Elsa.

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA (JPI). Desestimó la demanda al no haberse acreditado que la prótesis implantada fuera defectuosa.

AUDIENCIA PROVINCIAL (AP). Desestima el recurso de apelación de la Sra. Elsa y no impuso a la demandante las costas de la primera instancia, alegando la incertidumbre natural del asunto en cuestión. La desestimación tuvo los siguientes razonamientos:

i) la retirada fue voluntaria, y aunque en las diversas alertas se apuntan casos muy puntuales de reacciones adversas ni DePuy, ni la AEMPS, ni la Sociedad Española de Cirugía de Cadera (SECCA), reconocen que nos encontremos ante un producto defectuoso en general, por lo que no es ilógica la conclusión del juzgado de que el fabricante decidiera retirar del mercado la prótesis por razones comerciales o de prestigio de la marca;

ii) la conclusión no es irrazonable porque consta una documental contundente sobre las pruebas de laboratorio, estudios clínicos, ensayos e informes previos y posteriores a la salida del mercado, certificados y autorizaciones comunitarias, lo que evidencia el grado de control a que ha estado sometido el producto;

iii) en el caso hubiera sido de gran utilidad el análisis de la prótesis que se retiró, y aunque en su declaración el cirujano de reemplazo dijo que se la dio al delegado de la demandada no consta en la historia clínica su destino; a falta del análisis del sistema ASR extraído ha de valorarse la evolución médica y clínica de la demandante, y ha de valorarse, cual afirma la sentencia de instancias, que ni los niveles metálicos en suero, ni el dolor de la paciente ni el estado de movilización revelaban una disfunción que hubiera exigido el reemplazo.

TRIBUNAL SUPREMO (TS). La demandante interpone recurso de casación por interés casacional por infracción procesal. *Infracción del amparo del art. 469.1.4. ° LEC, denuncia la vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva garantizado en el art. 24 CE como consecuencia de la ilógica e irracional valoración de prueba documental. Al amparo del artículo 477.2.3. °, por infracción en su concepto de falta de aplicación de los artículos 137 y 139, en relación con los artículos 135, 128, 129 y 8, letras a) y c), todos ellos de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, y doctrina contenida en la sentencia n.º 545/2010 del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 9 de diciembre de 2010 y sentencia de la Sala Cuarta del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 5 de marzo de 2015 dictada en los asuntos acumulados C-503/13 y C-504/13.*

(i) se ha valorado de manera irracional la prueba, en particular la alerta sanitaria emitida

por la propia demandada y la alerta de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios;

(ii) la retirada del mercado de las prótesis no puede minimizarse y vincularse a una cuestión de imagen del fabricante dado que la razón de la retirada a nivel mundial de todos los lotes de las prótesis fue porque el número de cirugías de revisión era superior al esperado como consecuencia de los problemas detectados.

La compañía demandada se opuso al recurso en su escrito, alegando:

(i) no concurre interés casacional, al estar la jurisprudencia que se cita en función de los hechos concretos, y

(ii) introducción de cuestiones nuevas, en particular a través de la cita de la STJUE de 5 de marzo de 2015.

Fundamentación del TS. Estima el motivo del recurso de casación y, al asumir la instancia, estima el recurso de apelación interpuesto por la demandante. Tanto la **STS 545/2010** como la **STJUE de 5 de marzo de 2015**, perfilan un concepto de **defecto como falta de seguridad que cabe legítimamente esperar que, en determinadas circunstancias, no exige la prueba de que el concreto producto usado por el demandante fuera defectuoso**. Por su parte, el **art. 135 TRLGDCU**, **obliga al fabricante a resarcir directamente al consumidor final por los daños causados por sus productos, aunque no exista una relación directa entre ambos**.

Decisión. 1-La obligación del fabricante de resarcir de manera directa al consumidor final los daños causados por sus productos es una responsabilidad objetiva exigible al margen de cualquier relación contractual y basada en el carácter defectuoso del producto. Según el art. 135 TRLGDCU, “los productores serán responsables de los daños causados por los defectos de los productos que, respectivamente, fabriquen o importen”. 2- En la sentencia 495/2018, de 14 de septiembre, el concepto de producto defectuoso tiene un carácter normativo y debe interpretarse de acuerdo con los criterios que establece la ley. En particular, el art. 137.1 TRLGDCU entiende como productos defectuosos aquellos que no garantizan la seguridad objetivamente esperable. 3-El art. 140.1.d) TRLGDCU permite al productor exonerarse de responsabilidad probando que “el defecto se debió a que el producto fue elaborado conforme a normas imperativas existentes”, de modo que no puede exonerarse por el cumplimiento de las normas, sino solo cuando el defecto sea consecuencia precisamente del cumplimiento de ciertas exigencias legales. 4-El momento relevante para valorar si el producto debe tenerse por defectuoso es cuando se pone en circulación (art. 137.1 y 3, art. 140.1.a., b., e. TRLGDCU). La modificación en las expectativas del consumidor no convierte retroactivamente en defectuosos los productos que se comercializaron en el pasado, es decir, los criterios de seguridad actuales no pueden aplicarse para valorar la seguridad que legítimamente se podía esperar en un momento anterior. 5- La STJUE de 5 de marzo de 2015, ante el descubrimiento y notificación por parte del propio

fabricante de la existencia de un riesgo superior al de otros marcapasos, algunos pacientes se sometieron voluntariamente a intervenciones quirúrgicas dirigidas a la extracción y sustitución por otros marcapasos suministrados gratuitamente por el fabricante. Los marcapasos extraídos fueron destruidos sin haber sido objeto de un examen pericial sobre su funcionamiento. No se podía saber, por tanto, si adolecían del defecto de agotamiento previo de la batería. 6-Casa la sentencia y estima la demanda interpuesta por la Sra. contra DePuy International Ltd., condenada a pagar a la demandante 130.702,18 euros, con los intereses legales desde la interposición de la demanda más el interés del art. 576 LEC desde la fecha de esta sentencia.

2. Dolo del asegurado en seguro de vida. Ocultación de patologías previas en el cuestionario de salud

TS, sala 1ª, sentencia núm. 108/2021, de 1 de marzo de 2021.

Ponente. Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán.

Hechos. Póliza anual renovable, denominada “IBERVIDA PROTECCIÓN FAMILIAR”, suscrito el 19 de junio de 2013 que, además del riesgo de fallecimiento, también cubría el de invalidez absoluta y permanente, en cada uno de los casos con una suma inicial (revalorizable en un 3% en la fecha de cada renovación) consistente en un capital de 3.600 euros y una pensión mensual de 600 euros durante cinco años. En el apartado “Beneficiarios” aparecía designada para el caso de fallecimiento del asegurado su madre.

El 14 de noviembre de 2013, aseguradora y asegurado suscribieron una segunda póliza trimestral renovable denominada “IBERVIDA 50” que también cubría los riesgos de invalidez permanente absoluta y fallecimiento del asegurado, en cada caso con una suma inicial de 39.261,33 euros para el periodo comprendido entre 14 de noviembre de 2014 y el 13 de noviembre de 2015. En esta segunda póliza también aparecía designada la madre del asegurado como beneficiaria para el caso de fallecimiento.

En la póliza se estableció, como causa de exclusión común para todas las garantías, que el siniestro se debiera a “accidente o enfermedad originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro cuyo conocimiento se haya ocultado a la Aseguradora mediante dolo o culpa grave”.

En las condiciones particulares de esta póliza se incluyó un “Cuestionario y Declaración Estado de Salud” que fue cumplimentada con las respuestas del asegurado. el asegurado respondió afirmativamente a la pregunta de encontrarse en buen estado de salud y no estar de baja laboral y negó padecer enfermedad crónica y estar o haber estado bajo tratamiento médico continuado durante un periodo superior a tres meses. Consta acreditado, en relación con su estado de salud en el momento de suscribir la póliza, que era polítotoxicómano, padecía SIDA por infección por VIH diagnosticada en 1998, padecía también de cirrosis hepática y alcoholismo crónico, y por estas patologías había venido sufriendo

continuos ingresos hospitalarios desde muchos años antes de suscribir la póliza y estaba bajo tratamiento médico continuado. En particular, una perito manifestó en su informe y ratificó en el juicio que era politoxicómano, que estaba en tratamiento con Metadona y que como enfermo de SIDA y padecer otras patologías precisaba tratamiento médico con ocho fármacos diarios.

El asegurado ingresó el día 3 de junio de 2015 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, después de sufrir un traumatismo cráneo-encefálico y hematoma subdural agudo. Tras unos días de ingreso, evolucionó favorablemente, llegando a recuperar la consciencia; no obstante, el día 3 de julio de 2015 falleció tras sufrir una parada cardio-respiratoria, que a juicio del internista del centro médico fue ocasionada por una muerte súbita en un contexto de importante pluripatología.

En este sentido, (i) en el certificado médico de defunción consta como causa inmediata de la muerte “parada cardiorrespiratoria”, como causa inicial o fundamental “traumatismo cerebral severo 45 días hemorragia subcranoidea aguda” y se reseñan, como otros procesos, “infección por VIH e infección por VHC”; (ii) en el informe médico forense de avance de autopsia se indica que se trataba de una muerte “violenta estudio accidental/natural”, que la causa inmediata era compatible con “fallo cardíaco agudo” y que la causa fundamental quedaba pendiente de determinar en función de los resultados de la autopsia; (iii) en el informe forense provisional de autopsia se relata que el traumatismo cráneo-encefálico fue debido a que se cayó de un vehículo golpeándose la cabeza cuando se dirigía al domicilio de su hermana, y en el epígrafe “consideraciones médico legales provisionales”, que se trataba de una “muerte compatible con etiología médico legal accidental o natural”, cuya causa inmediata era “compatible con fallo cardíaco agudo” y que no se observaban “signos o señales de violencia indicativos de etiología criminal”; y (iv) en el informe toxicológico, se recoge que “la patología encefálica observada es compatible con antecedente traumático referido pero no constituye causa de muerte súbita”, que “la miocardia dilatada con extensos focos de fibrosis miocárdica puede ser causa de muerte inesperada” y que “la metadona se encuentra dentro del listado de fármacos que pueden producir prolongación del intervalo QT por alteración de los canales HERG de potasio, que pueden inducir torsa de pointes y potencialmente taquicardia ventricular”.

Con fecha 19 de octubre de 2015 la madre del asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora, pero por escrito de 22 de diciembre de 2015 la compañía rechazó hacerse cargo del mismo por considerar, en cuanto a la póliza de 14 de noviembre de 2013, que el asegurado había ocultado patologías previas relacionadas con la causa de su fallecimiento. Con fecha 28 de marzo de 2016 la beneficiaria requirió de pago a la compañía sin que esta atendiera la reclamación.

Alegaciones y pretensiones del demandante. El 30 de junio de 2016 se presentó demanda interpuesta por D^a Berta contra Ibercaja Vida Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. pidiendo que se condenara a la demandada al pago de 600 euros mensuales durante cinco

años y otros 3.600 euros, con base en la primera póliza, y al pago de 39.261,33 euros con base en la segunda, en ambos casos más los intereses del art. 20 LCS.

En apoyo de sus pretensiones alegó: (i) que ambas pólizas, vinculadas a dos cuentas de ahorro, estaban en vigor al producirse el fallecimiento de su hijo y cubrían dicho riesgo; y (ii) que la aseguradora no podía exonerarse del pago de la indemnización reclamada, ya que la causa de la muerte fue una “brutal agresión” que estaba siendo objeto de investigación judicial y en ningún caso “enfermedades o patologías ocultas a la aseguradora”.

Alegaciones y pretensiones de la demandada. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que la primera póliza no estaba en vigor al producirse el siniestro, porque el asegurado había pedido su anulación con fecha 4 de abril de 2014; y (ii) que al responder al cuestionario de salud incluido en la segunda póliza el asegurado había ocultado a sabiendas enfermedades o patologías previas (infección por VIH en grado C3, hepatopatía VHC, alcoholismo crónico, cirrosis hepática y adicción a diazepam) directamente relacionadas con la causa del siniestro.

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA (JPI). Estimó parcialmente la demanda, pero no impuso las costas a ninguna de las partes. Sus razones fueron, en síntesis, las siguientes: (i) la aseguradora no cumplió con su deber de someter al asegurado a un cuestionario de salud “propriadamente dicho”, porque se trató de un formulario redactado por la propia compañía que incluía “ó preguntas tipo” claramente estereotipadas sobre la salud general del asegurado, y porque tampoco constaba que hubieran sido contestadas por el propio asegurado, ya que las respuestas estaban escritas con letra de ordenador;

(ii) el asegurado era politoxicómano, padecía VIH con criterios de SIDA desde muchos años de suscribir la póliza y su apariencia física (delgadez extrema, pérdida de piezas dentales, comportamiento errático con pérdida de capacidad y atención) evidenciaba esos padecimientos, por lo que no podía afirmarse que hubiera existido ocultación; y

(iii) tampoco se había probado que tales antecedentes de salud tuvieran relación causal con el fallecimiento, ya que en el certificado de defunción constaba como causa inmediata “parada cardiorrespiratoria” y como causa inicial o fundamental “traumatismo cerebral severo y hemorragia subcranoidea aguda”, y la Dra. Sandra refirió que se trató de un supuesto de muerte súbita que ocurre en la población en general, por más que pueda ser más frecuente en pacientes con SIDA o alcoholismo crónico, por todo lo cual, a falta de informe de autopsia definitivo, “no podía aceptarse la tesis de la perito de parte ni admitirse que el estado anterior del paciente influyera definitivamente en el desenlace final”.

AUDIENCIA PROVINCIAL (AP). Estimó el recurso de apelación de la aseguradora demandada y desestimó la impugnación de la parte demandante limitada al pronunciamiento sobre costas de la primera instancia, revocó la sentencia de primera instancia y desestimó la demanda, con imposición de las costas de la primera instancia y de la impugnación a la demandante y sin imponer a ninguna de las partes las de la segunda instancia correspon-

dientes al recurso de la aseguradora.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) ha quedado probado que al asegurado no solo se le formuló la pregunta genérica de si se consideraba en buen estado de salud, sino que también se le preguntó si estaba de baja laboral, si padecía enfermedad crónica o alteraciones de salud mental, si había estado ingresado o sufrido alguna intervención quirúrgica por enfermedad o accidente y si estaba o había estado bajo tratamiento médico continuado durante más de tres meses, a todo lo cual respondió negativamente a pesar de que la documentación médica y las declaraciones de la Dra. Sandra y de la perito Sra. Tomasa acreditaban que padecía VIH desde 1998 (en estadio C3 que supone padecer SIDA), que era politoxicómano y que sufría cirrosis hepática y alcoholismo crónico, con continuos ingresos hospitalarios y tratamiento médico prolongado (con Metadona y hasta 8 fármacos diarios);

(ii) no era óbice para apreciar la ocultación que se tratara de patologías evidentes, pues la obligación de ser veraz es del asegurado;

(iii) ha quedado igualmente acreditado que tales patologías previas ocultadas por el asegurado tuvieron una “influencia definitiva en el fallecimiento”;

(iv) a falta del informe definitivo de autopsia “que resulta extraño no se ha aportado a los autos”, debe estarse al informe pericial de la Dra. Tomasa, que concluyó que su estado de salud anterior influyó definitivamente en el fallecimiento del asegurado, a lo dicho por la internista Dra. Sandra, que en su informe hablaba de “muerte súbita” y que en el acto del juicio, aunque afirmara no poder determinar con precisión la causa de la muerte ni que las patologías previas fueran el desencadenante de esta, tampoco pudo descartar su influencia, habida cuenta de que estadísticamente los enfermos de VIH tienen mayor predisposición a la muerte súbita, y, en fin, a los datos resultantes del certificado de defunción, del informe forense provisional y de los informes toxicológicos, según los cuales se trató de una muerte accidental o natural, sin signos o señales de violencia indicativos de etiología criminal, cuya causa estuvo en un fallo cardíaco que es probable tuviera que ver con los antecedentes ocultados;

(v) en consecuencia, la aseguradora queda liberada de su obligación de pago.

TRIBUNAL SUPREMO (TS). La demandante interpuso recurso de casación por interés casacional, en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, interesando la estimación de la demanda.

Único motivo. *Infracción del art. 10 LCS y de su jurisprudencia, a cuyo efecto se citan y extraktan las sentencias de esta sala de 31 de mayo de 1997, rec. 1951/1993, y 31 de diciembre de 2003, rec. 388/1998.*

(i) que el cuestionario fue cumplimentado por un empleado de la sucursal bancaria a respuestas del asegurado, pero no fue cumplimentado materialmente por este;

(ii) que por la condición de politoxicómano de larga duración del asegurado su estado físico evidenciaba que sufría problemas de salud que no podían ser ocultados y que obligaban a la aseguradora a seguir las “normas o protocolos de contratación” a que hizo referencia el subdirector de la sucursal bancaria en el acto del juicio, lo que no se hizo;

(iii) la sentencia recurrida atribuye indebidamente a la parte demandante la carga de probar que no existió “dolo o mala fe”;

(iv) la doctrina jurisprudencial declara que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta al cuestionario que ha de presentar el asegurador, quien soporta las consecuencias de su falta de presentación y, en casos como este (asegurado politoxicómano), quien ha de soportar también las consecuencias de no haber tomado las medidas adecuadas para valorar el riesgo ante signos evidentes y claros de patologías previas.

La compañía demandada se opuso a la admisión del recurso de casación por los siguientes motivos:

(i) que el motivo es inadmisibles por inexistencia de interés casacional, ya que la vulneración normativa y jurisprudencial invocada solo sería posible a partir de hechos distintos de los probados;

(ii) que en todo caso el motivo debe ser desestimado porque la recurrente obvia la cuestión fundamental consistente en que la sentencia recurrida es conforme con la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS, infracción esta que no se justifica por centrarse el recurso en las circunstancias de cumplimiento del contrato de seguro, por completo ajenas a la razón decisoria de la sentencia recurrida, que se sustenta en que fue asegurado el que respondió al cuestionario y en que, al hacerlo, faltó a la verdad al negar patologías que conocía por haber sido diagnosticadas mucho antes y que tenían influencia decisiva para poder valorar adecuadamente el riesgo.

Fundamentación del TS

La aseguradora queda liberada del pago, puesto que **el asegurado ocultó la existencia de sus graves problemas de salud- que le provocaron la muerte, induciendo así a elaborar una cobertura obsoleta en relación al estado de salud real del asegurado.** De esta manera, **la aseguradora actuó de buena fe**, en base a los **criterios médicos conocidos** del asegurado.

Decisión. 1-Los hechos probados descartan que el fallecimiento revistiera carácter criminal. La demandante atribuyó la muerte de su hijo a una supuesta agresión, pero la causa penal fue sobreseída provisionalmente por no quedar suficientemente acreditada la existencia de delito, y tanto la hermana del fallecido en su denuncia como el informe provisional de autopsia atribuyeron el traumatismo craneo-encefálico por el que fue ingresado el asegurado a una caída accidental de un vehículo, además de que dicho traumatismo no fue

lo que provocó el fallo cardíaco.

2-El certificado de defunción, informe de autopsia provisional, informe toxicológico, pericial de parte e informe y posterior declaración en juicio de la internista permiten apreciar la influencia decisiva que tuvieron los antecedentes de salud ocultos, pues de ese material probatorio resulta que el deceso se debió a muerte súbita cuya causa inmediata no fue el referido traumatismo craneo-encefálico sino un fallo cardíaco agudo, al que a su vez contribuyeron muy probablemente las patologías y los tratamientos ocultos por el asegurado, ya que la internista manifestó que los enfermos de VIH tienen mayor predisposición a la muerte súbita y el consumo prolongado de metadona fue asociado con la aparición sobrevenida de patologías cardíacas.

3-En definitiva, la sentencia recurrida, al concluir que el asegurado incurrió en dolo y, por tanto, que el asegurador quedó liberado de su prestación, no infringió el art. 10 LCS ni la jurisprudencia que lo interpreta.

3. Cláusula lesiva por anormalmente limitativa en la cuantía de su cobertura. Seguro de defensa jurídica incorporado en un seguro de responsabilidad civil del automóvil

TS, sala 1ª, sentencia núm. 101/2021, de 24 de febrero 2021.

Ponente. Excm. Sra. Dª. María Ángeles Parra Lucán

<http://ajtapia.com/2021/03/clausula-lesiva-por-anormalmente-limitativa-en-la-cuantia-de-su-cobertura-seguro-de-defensa-juridica-incorporado-en-un-seguro-de-responsabilidad-civil-del-automovil-sentencia-de-la-sala-primera-de-l/>

4. Cláusula delimitadora del riesgo en seguro colectivo de vida contratado por la banca

TS, sala 1ª, sentencia núm. 87/2021, de 17 de febrero 2021.

Ponente. Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

<http://ajtapia.com/2021/03/clausula-delimitadora-del-riesgo-no-sorpresiva-y-por-lo-tanto-valida-en-un-seguro-colectivo-de-vida-contratado-por-un-banco-sentencia-de-la-sala-primera-de-lo-civil-del-tribunal-supremo-87-2021-de/>

5. Mora del asegurador en accidente de circulación producido en el extranjero

TS, sala 1ª, sentencia núm. 37/2021, de 1 de febrero de 2021.

Ponente Excmo. Sr. D. Jose Luis Seoane Spiegelberg

El 2 de agosto de 2010, el vehículo asegurado con matrícula española conducido por D. Benigno, sin intervención de otro turismo, se sale de la calzada en la carretera nacional nº17 de Marruecos, dando vueltas de campana. Como resultado, mueren los ocupantes D. Manuel y D. Virgilio, sufriendo lesiones Dª Florencia.

El 29 de julio de 2011, D^a Florencia, junto con otros perjudicados por el accidente-, interponen demanda frente la compañía aseguradora y su conductor con el fin de que se les condene al abono de indemnizaciones -junto con condena en costas-, además del pago de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS).

El JPI estima parcialmente la demanda: (i) condena a la aseguradora y al conductor a que abonen de manera solidaria 228.965 euros a los herederos y viudas de D. Virgilio; 95.741 dirhams a D^a Florencia y 228.965,12 dirhams a las viudas e hijos de D. Manuel; en base al Convenio Haya el 4 de mayo de 1971, el Juzgado concluyó que a los herederos y viudas de D. Virgilio se les aplicaría la ley española, ya que la víctima tenía residencia en España y el vehículo asegurado con matrícula española. A los familiares de D. Manuel y a D^a Florencia y sus familiares una indemnización con arreglo a la Ley marroquí, por su residencia en territorio marroquí; (ii) las cantidades no incluyen los intereses de demora del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, ya que se duda de la categoría de residentes de los demandados; (iii) no obstante, se condena a los demandados al pago de intereses de demora desde la demanda y, desde la emisión de la sentencia, los del artículo 576 LEC; (iv) el Derecho marroquí requiere que se verifique la existencia de perjuicios por retraso o impago de la compañía de seguros; (v) no se impusieron las costas procesales a los demandados, dada la existencia de dudas “de hecho y de derecho”.

La AP estima recurso de apelación de los herederos de D. Manuel, D. Virgilio y de Florencia y sus herederos. En su sentencia razonó:

(i) que la aplicación de la legislación española está condicionada a que las víctimas tuvieran residencia en España, incluyendo el artículo 20 LCS;

(ii) se declina la aplicación del Derecho español en beneficio de los herederos de D. Virgilio, por radicar el domicilio en Marruecos tanto en la partida de fallecimiento como en el atestado;

(iii) igualmente, se declina la aplicación del Derecho español en beneficio de los herederos de D. Manuel, con la debida acreditación del derecho extranjero por parte de la embajada de Marruecos, negándose así la aplicación de los intereses del artículo 20 LCS.

Los herederos de D. Virgilio interponen recurso de casación por interés casacional por oposición a la doctrina jurisprudencial.

La vulneración del art. 20 de la LCS y la doctrina jurisprudencial interpretativa de la existencia de causa justificada para liberar a la compañía de seguros de la condena a satisfacer dicho interés legal.

De esta manera, el recurso afirma que de acuerdo a la doctrina “*sólo puede ser causa justificada de la mora de la aseguradora la controversia en cuanto a la cobertura del seguro que requiera la intervención judicial*” y que el proceso no es una excusa para no imponer tales intereses, excepto de cuando se trata de resolver la generación de la obligación de indem-

nizar. Asimismo, el recurso manifiesta que no se observa causa justificada de exoneración, ya que ni el siniestro ni su cobertura están en cuestión: sí se cuestiona tanto la cuantía como la concurrencia de culpas. Finalmente, la parte demandante recuerda que aseguradora cuenta con una amplia experiencia internacional en estos asuntos, llegando incluso a mencionar la sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, sección 16, número 13/2012, de 13 de enero, en la que la compañía aseguradora fue parte.

Por su parte, los herederos de D. Manuel y de D^a Florencia interponen recurso de casación por interés casacional.

Motivos. Interpretación inadecuada de lo establecido en el art. 4, en relación con el 3 y el 1 del Convenio de La Haya de 4 de mayo de 1971, sobre la ley aplicable en materia de accidentes de circulación por carretera, y, en segundo lugar, la no imposición de los intereses del art. 20 de la LCS.

En el recurso se expresa que era aplicable la ley española porque el conductor, en el momento de producirse el accidente, tenía residencia habitual en España. También se señala que la no imposición de los intereses de demora resulta incorrecta en una situación en la que se ha aplicado la legislación española a un accidente de tráfico producido en el extranjero, aun en caso de falta de prueba del derecho extranjero.

Fundamentación TS

El recurso planteado por los herederos de D. Virgilio plantea correctamente la oposición a la doctrina jurisprudencial, tanto en su planteamiento de **la vulneración del derecho de mora pese a la certeza respecto a los hechos, a la vigencia y características del seguro contratado y la residencia en territorio español certificada.**

El recurso planteado por los herederos de D. Manuel y D^a Florencia es desestimado. Confunde la **legislación marroquí**, que era la que **permitía cubrir los intereses moratorios** con la legislación española, e **ignora la relación existente entre los tres casos concretos y sus diferentes consecuencias legales.**

Decisión

En definitiva, lo que el Convenio establece es que, en los accidentes en los que están involucradas varias víctimas (conductor, propietario, ocupantes, transeúntes...), la ley aplicable se determinará por separado en relación con cada una de ellos, según las reglas establecidas en los tres específicos supuestos contemplados en dicha norma internacional, al hacerlo así la sentencia de la Audiencia no vulneró la normativa considerada.

En conclusión, no cabe integrar el derecho extranjero aplicable al caso con el derecho español, rompiendo la unidad de cada ordenamiento jurídico; y sí se considera que, con arreglo a las leyes marroquíes, la parte recurrente tenía derecho a la aplicación de los intereses moratorios reclamados, entonces debió interponer su recurso de casación mediante la indicación de la concreta norma de derecho extranjero indebidamente aplicada por la

Audiencia, lo que, desde luego, no hace con la invocación como infringido del art. 20 de la LCS española.

El TS condena a la aseguradora al abono de intereses de demora establecidos en el artículo 20 de LCS a los herederos de D. Virgilio, desde la fecha del siniestro hasta su pago total (durante los dos primeros años, al tipo legal más un 50% y, a partir de ese momento, al tipo del 20% si aquel no resulta superior).

LEGISLACIÓN | ACTOS PRELEGISLATIVOS

I. ESTATAL

Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Real Decreto-ley 1/2021, de 19 de enero, de protección de los consumidores y usuarios frente a situaciones de vulnerabilidad social y económica.

Real Decreto-ley 2/2021, de 26 de enero, de refuerzo y consolidación de medidas sociales en defensa del empleo.

Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico

Real Decreto-ley 4/2021, de 9 de marzo, por el que se modifican la Ley 27/2014, de 27 de noviembre, del Impuesto sobre Sociedades, y el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de no Residentes, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 5/2004, de 5 de marzo, en relación con las asimetrías híbridas.

Real Decreto-ley 5/2021, de 12 de marzo, de medidas extraordinarias de apoyo a la solvencia empresarial en respuesta a la pandemia de la COVID-19

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Ley Orgánica 1/2021, de 15 de febrero, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia

II. UNIÓN EUROPEA

Reglamento (UE) 2021/167 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 10 de febrero de 2021, por el que se modifica el Reglamento (UE) nº 654/2014 sobre el ejercicio de los derechos de la Unión para aplicar y hacer cumplir las normas comerciales internacionales DOUE L 49 de 12.2.2021

Reglamento de Ejecución (UE) 2021/178 de la Comisión de 8 de febrero de 2021 por el que se establece información técnica para el cálculo de las provisiones técnicas y los fondos propios básicos a efectos de la presentación de información con fecha de referencia comprendida entre el 31 de diciembre de 2020 y el 30 de marzo de 2021 de conformidad con la Directiva 13 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio DOUE L 53 de 16.2.2021

Reglamento Delegado (UE) 2021/236 de la Comisión de 21 de diciembre de 2020 por

el que se modifican las normas técnicas establecidas en el Reglamento Delegado (UE) 2016/2251 en lo que respecta al calendario para el inicio de la aplicación de determinados procedimientos de gestión del riesgo a efectos del intercambio de garantías reales DOUE L 56 de 17.2.2021

Reglamento Delegado (UE) 2021/237 de la Comisión, de 21 de diciembre de 2020, que modifica las normas técnicas de regulación establecidas en los Reglamentos Delegados (UE) 2015/2205, (UE) 2016/592 y (UE) 2016/1178 en lo relativo a la fecha en que surte efecto la obligación de compensación para determinados tipos de contratos DOUE L 56 de 17.2.2021

Reglamento (UE) 2021/337 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de febrero de 2021, por el que se modifican el Reglamento (UE) 2017/1129 por lo que respecta al folleto de la Unión de recuperación y los ajustes específicos para los intermediarios financieros y la Directiva 2004/109/CE por lo que respecta al uso del formato electrónico único de presentación de información para los informes financieros anuales, con el fin de apoyar la recuperación de la crisis de COVID-19 DOUE L 68 de 26.2.2021

Directiva (UE) 2021/338 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de febrero de 2021, por la que se modifica la Directiva 2014/65/UE en lo relativo a los requisitos de información, la gobernanza de productos y la limitación de posiciones, y las Directivas 2013/36/UE y (UE) 2019/878 en lo relativo a su aplicación a las empresas de servicios de inversión con el fin de contribuir a la recuperación de la crisis de la COVID-19 DOUE L 68 de 26.2.2021

Reglamento Delegado (UE) 2021/473 de la Comisión, de 18 de diciembre de 2020, por el que se completa el Reglamento (UE) 2019/1238 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a las normas técnicas de regulación que especifican los requisitos relativos a los documentos informativos, los gastos y las comisiones incluidos en la limitación de costes y las técnicas de reducción del riesgo en relación con el producto paneuropeo de pensiones individuales DOUE L 99, de 22 de marzo 2021

PUBLICACIONES SEIDA

Todas las publicaciones se pueden adquirir a través de

www.seida.com y seida@seida.com

REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS

2021

RES 185-186 (enero - junio)

**ACTAS III CONGRESO NACIONAL DE SEIDA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

“El seguro en el nuevo entorno
normativo y tecnológico”

Directores:

María Jesús Peñas Moyano

Félix Benito Osma



ÍNDICES ANUALES DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS

<http://seida.com/revista-espanola-de-seguros/>



Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros

www.seaida.com