



Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros

www.seaida.com

BOLETÍN
INFORMATIVO

NÚM. 210/2023

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

SEAIDA

C/Luchana,29, Semisótano A-28010 –Madrid

seaida@seaida.com

www.seaida.com



SUMARIO

NOTA EDITORIAL

El derecho al olvido oncológico en la Ley de Contrato de Seguro

Félix Benito Osma

-----TEMAS DE ACTUALIDAD-----

Fecha del siniestro en los seguros de vida con cobertura de invalidez o incapacidad permanente por enfermedad común

Raquel Molina Sanz

-----CRÓNICA DE SEADIA-----

1. VI.Congreso Nacional de SEADIA. Pamplona 8 y 9 de junio 2023
2. VII. Congreso Internacional de SEADIA/UC3M, 19 y 20 de octubre 2023

-----JURISPRUDENCIA TS-----

1. La falta de autorización para navegar en zonas de altura es una causa de exclusión de la cobertura, y su navegación en tales zonas provoca una agravación del riesgo.
2. Contrato de seguro del hogar con cobertura de responsabilidad civil. Delito imprudente del asegurado no significa mala fe conforme al art. 19 LCS. Inoponibilidad al tercero perjudicado

-----LEGISLACIÓN-----

-----REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS-----

NOTA EDITORIAL

El derecho al olvido oncológico en la Ley de Contrato de Seguro
Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio (BOE nº 154, de 29 de junio)

Félix Benito Osma

Secretario General de SEAIDA

- **Capítulo II. Disposiciones para hacer efectivo el derecho al olvido oncológico**

Art. 209. Modificación de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro

Uno. Artículo 10 LCS.

Se añade un último párrafo en este precepto:

“El tomador de un seguro sobre la vida no está obligado a declarar si él o el asegurado han padecido cáncer una vez hayan transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Una vez transcurrido el plazo señalado, el asegurador no podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos a efectos de contratación del seguro, quedan prohibida toda discriminación o restricción a la contratación por este motivo.”

Téngase en cuenta que el precepto se encuentra ubicado en la LCS dentro del Título I, sección segunda. Conclusión, documentación del contrato y deber de declaración del riesgo.

Su ámbito se refiere a los seguros sobre la vida y no a otros seguros de personas como pueden ser los seguros de salud y de dependencia; el artículo que se modifica hubiese sido perfecto en este artículo si solamente se mencionara “el tomador del seguro” de tal manera que resultaría de aplicación a cualquier tipo seguro; según está redactado el precepto parece que está resolviéndose los casos de seguros de vida en la amortización de préstamos hipotecarios, tal y como se ha referencia en el preámbulo cuando justifica la medida en productos bancarios o de seguro, es claro por tanto que lo que está incluyéndose con la medida es la prohibición de restricciones a la contratación por tener antecedentes de enfermedad oncológica. Así, el tomador del seguro de vida no está obligado a declarar en el caso de que él o el asegurado cuando haya finalizado después de cinco años un tratamiento radical sin recaída posterior. Transcurrido dicho plazo el asegurador no podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos a la hora de la contratación del seguro, tampoco podrá realizar ningún tipo de discriminación o restricción en el acceso.

Sobre este capítulo manifestar que el deber de declaración cuando el asegurador somete al asegurado a un cuestionario no estamos ante un deber de declaración sino ante un deber de respuesta, lo que significa que el asegurador podrá o no preguntar en el cuestionario si ha padecido cáncer; no existe prohibición de preguntar, únicamente prohibición de toda discriminación o restricción a la contratación para el caso que transcurra el plazo de los cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Esta puntualización incierta y ambigua impide al asegurador el conocimiento cierto de la medida legislativa para

cumplir con la ley; es decir, el asegurador es un empresario que gestiona los riesgos y debe saber y conocer cuáles son, pero también y en gran medida qué puede hacer en estas situaciones.

La Ley introduce el denominado “olvido oncológico”. Significa pues que el asegurador no podrá considerar el cáncer como enfermedad preexistente siempre que se cumplan, diríamos tres condiciones:

- a) el transcurso de cinco años
- b) ese plazo ha de contarse desde que el tomador o asegurado haya finalizado un tratamiento radical
- c) el tomador o asegurado no haya tenido una recaída posterior a dicho plazo.

Dos. Disposición Adicional Quinta (DA5ª). No discriminación por razón de VIH/SIDA, por haber padecido un cáncer o por otras condiciones de salud.

Se añaden los apartados 2 y 3 en esta DA5ª:

“2. En ningún caso podrá denegarse el acceso a la contratación, establecer procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador, imponer condiciones más onerosas o discriminar de cualquier otro modo a una persona por haber sufrido una patología oncológica, una vez transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

3. El Gobierno, mediante real decreto, podrá modificar los plazos establecidos en el apartado anterior y el último párrafo del artículo 10 conjuntamente o para patologías oncológicas específicas, en función de la evolución de la evidencia científica.”

Con la finalidad de seguir y continuar con el principio de no discriminación en el contrato de seguro reconocido en la LCS, disposiciones adicionales (4ª), discapacidad, y (5ª), VIH/SIDA u otras condiciones de salud, introduce la enfermedad del cáncer con las condiciones ya anunciadas con anterioridad. Nada dice la Ley sobre si el asegurador puede introducir cláusulas de exclusión cuando el asegurado es diagnosticado de cáncer posteriormente a la suscripción de la póliza y su fallecimiento trae causa de la enfermedad; entonces cabe preguntarse si dicha cláusula de exclusión pudiera ser válida siempre que el fallecimiento no se produzca dentro del plazo de los cinco años en tanto que la Ley está reconociendo expresamente el olvido oncológico una vez superado dicho plazo, es decir, que no se tenga en cuenta en la contratación del seguro esta circunstancia. Y para el caso que el diagnóstico se produzca en un determinado periodo temporal y su fallecimiento se produzca dentro del plazo de los cinco años entonces tendríamos que determinar si la cláusula es limitativa o delimitadora del riesgo. Por tanto, esta modificación abre diversos interrogantes en la práctica contractual y en la redacción de las pólizas de seguro, principalmente en los seguros de personas.

Esta DA 5ª LCS con la inclusión del cáncer está convirtiendo un principio general de prohibición de no discriminación para cualquier tipo de seguro, por lo que habrá de tenerse en cuenta esta disposición en la aplicación del artículo 10 LCS, que se refiere al seguro de vida, si bien es cierto, que dicho precepto se refiere al deber de declaración del riesgo.

El apartado 3º incluye más inseguridad en una norma legal, que sea un Real Decreto quien establezca plazos para incluso patologías específicas, en función de la evolución de la evidencia científica; resulta improcedente que una norma de rango legal reguladora del contrato de seguro incluya este apartado en dichos términos.

Art. 210. Modificación del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre

Los apartados 1 y 2 originarios pasan a ser el apartado 1 y se añade dos nuevos apartados 2 y 3:

“1. Serán nulas aquellas cláusulas, estipulaciones, condiciones o pactos que excluyan a una de las partes por tener VIH/SIDA u otras condiciones de salud. Asimismo, será nula la renuncia a lo estipulado en esta disposición por la parte 2. Serán nulas aquellas cláusulas, estipulaciones, condiciones o pactos que excluyan a una de las partes por haber padecido cáncer antes de la fecha de suscripción del contrato o negocio jurídico, una vez que hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Al efecto, de forma previa la suscripción de un contrato de consumo, independientemente del sector, no se podrá solicitar a la persona consumidora información oncológica una vez que hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Asimismo, será nula la renuncia a lo estipulado en esta disposición por la parte que haya padecido cáncer en los casos anteriores.

3. El Gobierno, mediante real decreto, podrá modificar los plazos establecidos en la presente disposición, conjuntamente o para patologías oncológicas específicas, en función de la evolución de la evidencia científica.”

Téngase en cuenta que esta Ley establece la nulidad de las cláusulas que excluyan a una de las partes antes de la conclusión del contrato una vez que haya transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. La LCS no determina la nulidad de la cláusula sino la LGDCU cuando el contrato sea de consumo y la persona que haya sido tratada de cáncer sin recaída posterior sea consumidora.

De este modo, la LGDCU se convierte en la norma preferente de aplicación, con independencia del sector del contrato, siempre que el contrato sea de consumo y la persona afectada sea consumidora.

BIBLIOGRAFÍA

Pueden consultar tanto el principio de no discriminación como el principio de transparencia en lo relativo al deber de declaración del riesgo en mi obra reciente:

BENITO OSMA, F., *La transparencia en el mercado de seguros*, Comares, 2020, pp. 119-240.

-----TEMA DE ACTUALIDAD-----

Fecha del siniestro en los seguros de vida con cobertura de invalidez o incapacidad permanente por enfermedad común**Raquel Molina Sanz***Socia Área de Seguros*

Broseta Abogados

La Sentencia 129/2023, de 31 de enero, del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo, resuelve una de las cuestiones más controvertidas en el ámbito de los seguros de vida con cobertura de invalidez o incapacidad permanente por enfermedad común, como es la determinación de la fecha del siniestro.

Sobre esta materia habían existido pronunciamientos previos que tuvieron lugar en casos en los que no se discutía concretamente cuál era la fecha del siniestro en este tipo de seguros, sino que la cuestión litigiosa versaba sobre qué compañía de seguros debía cubrir un siniestro en caso de sucesión de pólizas (sentencias 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo), o sobre la validez de una cláusula que anticipaba expresamente la fecha del siniestro a la del diagnóstico de la enfermedad (sentencia 60/2021, de 8 de febrero). Según esta jurisprudencia, salvo pacto expreso en contrario, en el seguro de incapacidad o invalidez el pago de la indemnización corresponde a la aseguradora cuyo contrato estaba en vigor cuando se produjo la declaración de invalidez, aunque no lo estuviera cuando se inició la enfermedad invalidante.

Con la citada resolución judicial, se pretende coordinar la jurisprudencia de la Sala Primera con la de Sala Cuarta del Tribunal Supremo, como ya se hizo respecto a la fecha del siniestro en el seguro de accidentes, en el que, a efectos de la determinación de la fecha del siniestro, lo relevante es la fecha en la que se produjo el accidente, aunque posteriormente se produzca la declaración de la incapacidad (sentencia del pleno 736/2016, de 21 de diciembre).

De esta forma, el Tribunal Supremo pretende **homologar la Jurisprudencia de la Sala Primera de lo Civil con la de la Sala Cuarta de lo Social en cuanto a la fecha del siniestro en el seguro de vida con cobertura de invalidez o incapacidad permanente por enfermedad común**, por

consiguiente, hacen suyas las mismas conclusiones a las que llegó la Sentencia del Pleno de la Sala Cuarta de 14 de abril de 2010, respecto de la fecha del hecho causante de la incapacidad permanente por enfermedad común:

- Como regla general, para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora (incluido el seguro voluntario), para determinar la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono ha de acudir a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI.
- Como excepción, la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles.

El supuesto de hecho que analiza la sentencia es el siguiente: i) El 25 de febrero de 2009, D. Amador concertó un seguro de vida, vinculado a un préstamo hipotecario, con la compañía Caja Granada Vida compañía de seguros y reaseguros S.A., que se mantuvo vigente hasta el 25 de octubre de 2014. Entre los riesgos asegurados se encontraba el de incapacidad permanente absoluta descrita en la póliza del siguiente modo: *«En virtud de esta cobertura, la Entidad aseguradora garantiza el anticipo del cobro de la prestación asegurada por el riesgo principal del fallecimiento, en el caso de que el Asegurado resulte afectado por una invalidez absoluta y permanente para todo trabajo de forma irreversible, que le dé derecho al cobro de una pensión a cargo del erario público o entidad de previsión alternativa. [...] » Se entenderá que la fecha de ocurrencia de la invalidez coincide con la fecha que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez, que determine el derecho al cobro de una pensión a favor del Asegurado»*. ii) El 25 de agosto de 2014 -estando en vigor el contrato de seguro- el Sr. Amador fue dado de baja laboral por un periodo inicial de doce meses, a consecuencia de una enfermedad común. En esa fecha todavía. iii) El 4 de septiembre de 2014, el Sr. Amador fue hospitalizado por sospecha de leucemia aguda, lo que fue confirmado en esa misma fecha, diagnosticándosele una leucemia aguda linfoblástica Pro-T.iv) El 16 de marzo de 2016 -cuando el contrato ya no estaba en vigor- el Instituto Nacional de la Seguridad Social dictó Resolución por la que el Sr. Amador, que seguía en incapacidad temporal, fue declarado en situación de incapacidad permanente por enfermedad común. Dicha Resolución se basaba en el Dictamen-Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de 24 de febrero de 2016, que describía el cuadro clínico en los siguientes términos: *«Leucemia aguda linfoblástica Pro-T. Enfermedad del injerto contra el huésped overlap mucosa y gástrica. Fractura de vértebra lumbar osteoporótica L3 y L5, Trastorno adaptativo»*. Es relevante constatar que, durante todo el tratamiento

médico y hasta la fecha del reconocimiento de la incapacidad permanente, no cambio el juicio clínico de tal manera que, en los partes de baja por incapacidad temporal que se fueron sucediendo en ese periodo, el diagnóstico fue siempre el de «Leucemia tipo celular neom. Aguda. Sin remisión».

El Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Loja dictó sentencia de 20 de julio de 2017 por la cual estimó la demanda, al considerar que la fecha del siniestro era la de la baja laboral, por lo que el mismo se produjo durante la vigencia de la póliza. Desestimó la aplicación de la previsión contractual sobre la fecha de la resolución del INSS con el argumento de que sería tanto como dejar los plazos de la póliza contratada a la eficacia o rapidez en la tramitación del organismo público. Por ello, consideró que la cláusula antes transcrita sobre la fecha de ocurrencia de la invalidez debía interpretarse en el sentido de que era exigible una declaración formal de invalidez, pero relativa a una enfermedad causante producida durante el periodo de vigencia de la póliza. En consecuencia, condenó a la demandada a indemnizar al demandante, si bien no concedió los intereses del art. 20 LCS, sino los legales desde la fecha de interposición de la demanda.

La sección 5.ª de la Audiencia Provincial de Granada, dictó sentencia en fecha 21 de diciembre de 2018 que desestimó el recurso de apelación interpuesto por la aseguradora y confirmó la Sentencia de instancia, al considerar que la enfermedad determinante de la posterior invalidez se manifestó durante la vigencia del contrato de seguro. La aseguradora demandada interpuso recurso de casación.

El Tribunal Supremo indica que, aplicando la doctrina expuesta al caso objeto de enjuiciamiento, si tomáramos en consideración la regla general- como fecha del siniestro la del dictamen del EVI (24 de febrero de 2016)-, el siniestro se habría producido fuera del periodo de vigencia de la póliza. Pero los datos médicos descritos en el fundamento jurídico primero revelan que la enfermedad causante de la incapacidad permanente -la leucemia- se reveló como permanente e irreversible desde el primer diagnóstico, el 4 de septiembre de 2014, cuando la póliza todavía estaba en vigor. Por lo que estaríamos en el caso previsto en la excepción, que permite considerar como fecha del siniestro la del diagnóstico de la enfermedad.

De esta forma, concluye la sentencia *“Como quiera que la cláusula contractual que fijaba la fecha del siniestro excluía la posibilidad de que la misma pudiera ser anterior a la de las resoluciones administrativas (en particular, el dictamen del EVI), debe considerarse limitativa de los derechos del asegurado. Por lo que, al no reunir los requisitos del art. 3 LCS (no aparece resaltada en la póliza ni consta aceptada expresamente), resulta inoponible al asegurado. Por lo*

que condena a la compañía aseguradora al pago de la cobertura de incapacidad permanente por enfermedad común al entender que el siniestro se ha producido durante el periodo de vigencia de la póliza.

En definitiva, de esta Sentencia del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo podemos extraer conclusiones muy importantes en materia de seguro de vida con cobertura de invalidez o incapacidad que se pueden resumir en tres puntos:

1. Para determinar la fecha del siniestro en los seguros de vida con cobertura de invalidez o incapacidad es preciso coordinar la jurisprudencia de la Sala Primera con la de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo.
- 2.- En los seguros que cubren la incapacidad o invalidez causada por accidente, a efectos de determinación de la fecha del siniestro, lo relevante es la fecha en que se produjo el accidente, aunque posteriormente se produzca la declaración de la incapacidad.
- 3.- En los seguros que cubren la incapacidad o invalidez causada por enfermedad común, se establece como regla general, que para determinar la fecha del hecho causante ha de acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI, y como excepción a dicha regla general, la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles.

-----CRÓNICA DE SEAIDA-----

VI. CONGRESO NACIONAL DE SEAIDA “EL CLIENTE EN EL MERCADO DE SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES. SU POSICIÓN Y PROTECCIÓN JURÍDICA”



Juan Pablo Gonzales Bustos
Personal docente investigador
Facultad de Ciencias Jurídicas
Universitat Rovira i Virgili

El pasado 8 y 9 de junio de 2023 tuvo lugar en Pamplona el VI Congreso nacional de SEAIDA: “El Cliente en el mercado de seguros y planes de pensiones. Su posición y protección jurídica” organizado por la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad Pública de Navarra y por la Asociación Internacional de Derecho de Seguros (SEAIDA) Sección Española. El evento contó con el patrocinio de UNESPA y la colaboración de SEGUROS RGA, MUSAAT, VALIRO, REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS, CGPA, APCAS y el Instituto Navarro de Administración Pública (INAP). Como no podía ser de otra manera, la relevancia y el prestigio de todos sus participantes se tradujo en un fructífero debate organizado en torno a cuatro mesas temáticas sobre:

- “La identificación de la persona, perfil colectivo, normas de aplicación y protección”,
- “Relaciones con los aseguradores y distribuidores, derechos y obligaciones”.
- “Vías de solución de controversias. El impacto de proyecto de ley de eficiencia procesal del servicio público de justicia en las relaciones de seguros y afines” .
- “El contrato de seguro en el mercado digital”.

Las cuatro mesas temáticas tuvieron como eje articulador del debate al cliente en el contrato

de seguro.

El congreso dio inicio con una presentación del **director del Congreso**, el **prof. Dr. Rafael Lara**, Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad Pública de Pamplona con una ponencia inaugural a cargo del **vicepresidente de SEIDA, Alberto J. Tapia Hermida** y concluyó con una excelente ponencia de **clausura a cargo del prof. Dr. Ricardo Alonso Soto**. Además, los asistentes al Congreso fuimos gratamente sorprendidos con la inesperada intervención de toda una autoridad en el Derecho de seguros. Los párrafos que siguen pretenden ofrecer un resumen de las principales cuestiones tratadas en cada una de las mesas temáticas, así como en las diferentes ponencias.



1. Ponencia inaugural:

Los seguros de vida e inversión ante la nueva LMV y la jurisprudencia del TJUE



El Prof. Tapia Hermida, expuso el enfoque de las recientes sentencias del TJUE en materia de los seguros unit linked para a continuación centrarse en la relación existente de la nueva Ley de los mercados de valores y de inversión y en su implicación en los operadores en el mercado de seguros.

1. Primera mesa temática.

El cliente en el contrato de seguro: identificación de la persona, perfil colectivo, normas de aplicación y protección



La primera mesa temática debatió acerca de la identificación de la persona, el perfil colectivo, las normas de aplicación y la protección jurídica del cliente en el contrato de seguro. La mesa tuvo la participación de tres destacados ponentes, el **Prof. Dr. Luis M^a Miranda Serrano**, el **Prof. Dr. Jesús Olavarría Iglesia** y **D. Joaquín Ruiz Echauri**. Las principales cuestiones tratadas hacían referencia a la protección del cliente en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de seguro. Con relación a este tema, se ha señalado que la Ley del Contrato de Seguro había cumplido con las expectativas con las que había sido aprobado, pero, que el mismo había sido diseñado en un mundo de papel. Desde entonces, el mundo ha cambiado y poco a poco se ha ido consolidando una nueva etapa caracterizada por el acceso a la información, al conocimiento y a las tecnologías de la información y la comunicación, etapa a la que se le ha denominado como la era digital.

Paradójicamente a lo que se podría esperar, en esta nueva etapa, caracterizada por el acceso a la información y la comunicación, el tiempo medio que las personas dedican a la lectura ha disminuido, por lo que pretender que el consumidor de un contrato de seguro dedique tiempo a leer y comprender el contenido de su contrato, no parece ser lo más acertado ni real a la situación actual.

Si el cliente del contrato de seguro no dedica el tiempo necesario a leer y comprender el contenido de su contrato, nos encontraremos ante un cliente con falta de información. Un cliente con falta de información no tendrá acceso a una efectiva protección jurídica ante un siniestro, por lo que hace falta implementar algunos mecanismos que tengan por objetivo garantizar una efectiva protección jurídica del cliente del contrato de seguro. La implementación de estos mecanismos podría ser posible a partir de una modificación/actualización de la Ley de Contrato de Seguro. Recordemos, el mundo ha cambiado, pero la Ley de Contrato de Seguro no ha cambiado. Desafortunadamente, no se espera una actualización/modificación de la Ley 50/1980. Ahora bien, si dirigimos nuestra mirada a las instituciones europeas, tampoco se vislumbra una solución a la falta de protección jurídica del cliente del contrato de seguro.

También se ha señalado que la Ley de contrato de seguro no llegó a legislar con precisión todo lo relacionado a los seguros de grupo, por lo que, a día de hoy, su regulación en la norma es escasa. Si la regulación de este tipo de seguro es escasa, también nos encontramos ante una falta de protección jurídica del cliente del contrato de seguro, aunque convendría distinguir entre cliente empresario y cliente no empresario. Por lo que, una vez más, se hace una llamado a actualizar/modificar la Ley de Contrato de seguro.

2. Segunda mesa temática.

El cliente en el contrato de seguro: relaciones con los aseguradores y distribuidores, derechos y obligaciones



La segunda mesa temática debatió acerca de las relaciones con los aseguradores y distribuidores, así como los derechos y obligaciones de estos. La mesa tuvo la participación de tres prestigiosos ponentes, **la Profª. Dra. Rocío Quintáns Eiras, la Profª. Dra. María Jesús Peñas Moyano y el Prof. Dr. Joseba Josu Sagasti Aurrecoechea**. Las principales cuestiones tratadas se centraron en el análisis del acceso a la información por parte del usuario a la hora de contratar un seguro. En opinión de la mesa, en poco tiempo se ha pasado de una falta de información a un exceso de información, así como de una falta de datos a un exceso de datos. Si en principio uno de los principales inconvenientes a la hora de contratar un seguro era la falta de información, ahora nos encontramos ante un exceso de información hacia el usuario del seguro. Paradójicamente, el exceso de información resultó peor de la falta de información; en otras palabras, la medicina resultó peor que la enfermedad.

Ahora las aseguradoras tienen clientes que no procesan toda la información que se pone a su disposición, por lo que, nos encontramos ante un conjunto de usuarios de seguros que no conocen muy bien el producto que se está contratando. Esto que se acaba de señalar no se corresponde con el conjunto de normas aprobadas para garantizar la protección del usuario del contrato de seguro. Recordemos, estas normas prevén, entre otras cosas, la obligación de proporcionar información precontractual e informar al usuario acerca del producto que está contratando. Si esto es así, que razones explican que se tengan usuarios con poco conocimiento del producto contratado; algunas posibles explicaciones coinciden con el problema detectado en la primera mesa, es decir, el poco tiempo que los usuarios dedican a leer y comprender el contenido del contrato (problema central, nadie se lee los contratos). A este problema principal se le pueden añadir, por ejemplo: la escasa educación financiera de los usuarios, la brecha digital, así como a la venta online con poca o nada de información sobre el producto contratado.

Mención especial merece la falta de información acerca del proveedor del seguro contratado. Recordemos, actualmente coexisten hasta tres actores: asegurador, distribuidor y mediador; esta situación, con frecuencia, induce a confusión a los usuarios del contrato de seguro, de no saber exactamente con quien se está contratando un determinado seguro. Esto se ve agravado por la falta de definición en la normativa de cada uno de los tres actores. Para dar solución a este problema se propone regular la información en dos niveles. En primer lugar, la obligación de informar acerca de quién es el que está asegurando una determinada contingencia; y, en segundo lugar, informar acerca del producto que se está contratando.

En la segunda mesa también se abordó el análisis de la prevención y gestión de conflictos de intereses en la distribución de seguros, esto, como mecanismo de protección del usuario del contrato de seguro. El debate dio inicio nuevamente con el tema de la falta de información a la hora de contratar un seguro. Se argumenta que la legislación pretende evitar posibles conflictos la con información. En este sentido, entre otras cosas, se regula el acceso a la información por parte de los usuarios del contrato de seguro y, por otro lado, se establece la obligación de información (precontractual, contractual y postcontractual) por parte de la entidad aseguradora. Es decir, se pretende evitar posibles conflictos desde una doble vertiente, derechos para el asegurado y obligaciones para el asegurador.

También se hizo referencia a la política de remuneración de distribuidores y corredores de seguros como otro mecanismo para prevenir posibles conflictos. Se argumenta que, tanto distribuidores como corredurías de seguros, deberían ofrecer al usuario del contrato de seguro el producto que mejor se adapte a las necesidades del usuario, antes que primar la posible remuneración que pueda percibir por el producto contratado. Sin duda alguna esto evitaría posibles conflictos, ya que el producto contratado cumpliría con las expectativas del usuario.

Por muy curioso que pueda parecer, este mecanismo para evitar conflictos no se encuentra regulado en nuestro ordenamiento. Existe una falta de regulación acerca de la política de remuneración entre asegurador, distribuidor y correduría. Para llenar este vacío normativo se propone avanzar hacia una autorregulación de la industria del seguro. Esta autorregulación, de cumplimiento voluntario, no solo debería contemplar todo lo relacionado con la política de retribución, sino también un conjunto de buenas prácticas en la distribución del seguro. Por último, se habló de la reforma de la LCS para incluir el derecho al olvido en el contrato de seguro, modificando el artículo 10.

3. Tercera mesa temática.

El cliente en el contrato de seguros: vías de resolución de controversias. El impacto del proyecto de ley de medidas de eficiencia procesal del servicio público de justicia en las relaciones de seguros y afines



La tercera mesa temática debatió acerca de las vías de resolución de controversias entre asegurador y asegurado. La mesa tuvo la participación de cuatro destacados ponentes, el **Prof. Dr. Luis Manuel Piloñeta Alonso**, el **Prof. Dr. Rafael Lara González**, el **Prof. Dr. Rafael Marimón Durá** y **D. Roberto Revenga Penelas**. La primera parte del debate tuvo como centro de discusión al perito y a la liquidación del siniestro. La figura del perito fue resaltada como aquel experto que propicia el cumplimiento del contrato de seguro y, fundamentalmente, como aquella persona que evita pleitos jurídicos ante los tribunales. La función principal que se ha encomendado al perito es la de valorar una situación tras un determinado siniestro.

La valoración del perito tiene como objetivo final volver a la situación anterior al siniestro. Como es de conocimiento general, el contrato de seguro contempla un conjunto de derechos

y obligaciones, estos derechos y obligaciones entran en conflicto al producirse un siniestro, conflicto que puede dar lugar al inicio de procedimientos judiciales. Es en este momento donde el perito, con su intervención, pone orden entre las partes en conflicto del contrato de seguro.

Es tal la importancia del perito que, aproximadamente el 99% de los siniestros declarados se solución con el dictamen pericial, por lo que, puede ser considerado como un buen mecanismo de prevención de conflictos. No obstante, a lo que se acaba de señalar y a la importancia del perito, hoy en día esta actividad no es una profesión regulada. No pasa lo mismo en otros contextos, por ejemplo, en el Reino Unido, la función pericial sí es una profesión regulada, por lo que no estaría mal avanzar hacia una regulación de esta actividad. La falta de regulación de la actividad pericial dio lugar a la creación del primer gabinete del perito en la década de los 80. Este primer gabinete pericial estaba integrado por un conjunto de peritos profesionales, los cuales elaboraban informes periciales. Este primer gabinete tuvo mucho éxito, por lo que pronto fue replicado y se fueron constituyendo más gabinetes periciales. La función realizada por estos gabinetes puede acercarse mucho a una mediación y/o arbitraje en el sector asegurador.

Precisamente sobre la mediación y el arbitraje se debatió en la segunda parte de la mesa. Aquí se hizo referencia a la conveniencia de explorar nuevas vías para prevenir conflictos entre asegurador y asegurado, así como para dar solución a los conflictos existentes entre ambas partes del contrato de seguro. Una de esas vías perfectamente puede ser la mediación o arbitraje. Esta figura no es del todo nueva, por ejemplo, en el sector del transporte terrestre son habituales los procesos de arbitraje como mecanismo de prevención de conflictos judiciales. La implementación de estos mecanismos necesariamente debería pasar por una modificación/actualización de la Ley de Contrato de Seguro.

En la misma línea argumental se analizó el Proyecto de Ley de medidas de eficiencia procesal del servicio público de Justicia. Aunque por el momento su tramitación quedó paralizada, se debatió acerca de los beneficios que supondría su aprobación para la defensa del usuario financiero. Ahí se señaló que el Proyecto de Ley incorpora una modificación al sistema de resolución de conflictos, el cual se espera que beneficie, entre otras cosas, al usuario del contrato de seguro.

4. Cuarta mesa temática.

El cliente en el contrato de seguro en el entorno del mercado digital



La cuarta mesa y, quizás la más comentada, debatió acerca del cliente en el contrato de seguro en el entorno del mercado digital. Esta mesa contó con la participación de tres prestigiosos ponentes, el **Prof. Dr. Fernando Carbajo Cascón**, la **Profª. Dra. Teresa Rodríguez de las Heras** y el **Prof. Dr. Jorge Feliú Rey**. El debate dio inicio con el análisis de la regulación europea sobre las plataformas digitales y su relación con el contrato de seguro, así como con los usuarios de estas plataformas. La economía de las plataformas digitales ha ido extendiendo su ámbito de influencia a todos los sectores, incluido, el sector asegurador. En poco tiempo, las plataformas digitales han pasado de ofrecer un servicio en concreto (comprar un billete de avión, contratar una habitación de hotel) a convertirse en verdaderos intermediarios en la contratación de un seguro. Se dice que en 2040 aproximadamente el 80% del comercio se va a desarrollar por medio de plataformas digitales, esto también incluye a los contratos de seguros.

En la era digital en la que nos encontramos (como ya se comentó en la primera mesa), adquiere relevancia una nueva expresión, la de *Insurtech*. Esta nueva expresión no es más que una combinación del seguro tradicional y de las nuevas tecnologías. Es decir, aprovechar los beneficios que ofrecen las nuevas tecnologías para la contratación de diferentes tipos de seguros. *Insurtech* cambia el paradigma del sector asegurador, ahora es el asegurador quien busca al cliente, es el asegurador quien ofrece un seguro personalizado a cada cliente por

medio de una determinada plataforma digital. Para que esto sea posible, es necesario hacer un uso intensivo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y de macrodatos de los usuarios. Con relación este último punto, los macrodatos, son precisamente las plataformas digitales quienes poseen cantidades ingentes de datos. Por ahora, estos datos son utilizados por las plataformas para convertirse en intermediarios entre usuarios y entidades aseguradoras. En otras palabras, gracias a estos datos, las plataformas se han integrado en la industria del negocio asegurador, acompañando el proceso de contratación del seguro. Hasta aquí no parece observarse grandes inconvenientes para el usuario del contrato de seguro. Pero, viendo la rápida evolución de estas plataformas, se espera que más pronto que tarde, pasen de ser meros intermediarios a convertirse en verdaderos distribuidores de seguros. Si esto llegará a concretarse, como ya se comentó en la segunda mesa, el usuario del seguro se encontraría ante una dificultad de identificar a la entidad con la que está suscribiendo un determinado contrato de seguro, dando lugar a verdaderos problemas de responsabilidad del seguro ¿Quién será el responsable?

La siguiente cuestión planteada hizo referencia al seguro ante las realidades inmersivas (metaverso). El debate giró en torno a la pregunta ¿Responde nuestro marco jurídico para la vida digital? Hasta ahora las nuevas tecnologías no habían generado grandes sorpresas al Derecho. Sin embargo, nos encontramos en un momento disruptivo que puede cambiar la forma de relacionarnos, lo que a su vez propiciará un cambio en la forma de legislar. Las nuevas tecnologías inmersivas pueden tener relevancia jurídica que obligará a repensar nuestro actual marco jurídico. La cuestión es ¿Estamos preparados?

El metaverso, al menos como se lo está concibiendo, aspira a ofrecer una sensación de estar en un lugar determinado. Esta sensación de estar es importante para el marco jurídico, ya que nos podríamos encontrar ante un desacoplamiento de la identidad. Hasta ahora, las personas han sido diferenciadas unos de otros gracias a su una única identidad (atributo de la personalidad jurídica), identidad que se ha extendido, sin mayores inconvenientes, al mundo digital (redes sociales). En el metaverso esto puede cambiar, ya que será posible contar con uno o con más avatares que nos representen, los cuales podrán adquirir derechos sobre activos virtuales, pero también obligaciones. Ante esta nueva realidad, se hace necesario pensar en cómo dar respuesta a la nueva realidad a la que tendremos que enfrentarnos.

También hubo tiempo para debatir acerca de cómo la tecnología está impactando al mundo del seguro mediante la personalización de las pólizas (pólizas inteligentes). Como es de conocimiento general, la industria del seguro se basa en la información y, como ya se ha comentado en la segunda mesa, en poco tiempo hemos pasado de una escasez de información a un exceso de información sobre los usuarios del seguro. Esta información se traduce en datos, esos datos permiten crear unos perfiles muy detallados de los usuarios. Pero no solo se habla de datos, sino de macrodatos de los usuarios de seguros. Estos macrodatos han dado lugar a la creación de nuevos sistemas predictivos en base correlaciones estadísticas. El riesgo de la aplicación de estas correlaciones estadísticas radica en el hecho de que se puede introducir a unos individuos en una categoría de perfiles que no les corresponde, lo que puede implicar algunos inconvenientes para los usuarios, por ejemplo, tener que pagar más por un determinado seguro por el simple hecho de haber sido introducido en una determinada categoría.

5. Conferencia de clausura.

Experiencias y contingencias del seguro de responsabilidad civil de administradores sociales (seguro D&O)



La ponencia de clausura estuvo a cargo del prestigioso ponente, **Prof. Dr. Antonio Roncero Sánchez**. La ponencia giró en torno a las experiencias y contingencias del seguro de responsabilidad civil de los administradores sociales (seguro D&O). Este seguro tuvo su desarrollo normativo en otro contexto, en Estados Unidos de Norteamérica. Como muchas

otras cosas, este seguro fue introducido en nuestro ecosistema de seguros sin haber sido adaptada previamente a nuestro ordenamiento jurídico y sin esperar a su regulación. A pesar de ello, se tiene contratado y se sigue contratando este tipo de seguro de responsabilidad civil de los administradores sociales.

Con relación a este seguro, lo cierto es que, ni las aseguradoras, ni los intermediarios, son conscientes de lo que se está asegurando. Tampoco los usuarios conocen con claridad los riesgos que tienen asegurados. Por si fuera poco lo que acabamos de señalar, este tipo de seguro no es contratado de forma directa por el o los administradores de una sociedad, sino que, por lo general, este seguro es contratado por la propia sociedad a favor de sus administradores, añadiendo mayor complejidad a la gestión de este seguro.

También se ha señalado que este seguro iría en contra del deber de lealtad y diligencia que la norma impone a los administradores de una sociedad, lo que podría ser una causa de conflicto entre asegurador y asegurado. Algunas acciones que se están desarrollando para minimizar estos conflictos hacen referencia a un endurecimiento de la cobertura, aumentando de la prima, exclusiones de algunas coberturas y, previsión de límites de indemnización.

6. Clausura del Congreso



Como señalamos al principio, los asistentes a este congreso fuimos gratamente sorprendidos con la inesperada participación de toda una autoridad en el Derecho de seguros, nos estamos refiriendo al **Prof. Dr. Ricardo Alonso Soto**. Se podría decir que la dilatada trayectoria del Prof. Alonso con el Derecho de seguro dio inicio de forma casi casual e inesperada. El primer contacto del Prof. Alonso con el seguro fue en su adolescencia, cuando un familiar suyo (un tío) le habló del entonces Banco Vitalicio. Fue su tío quien le explicó que son los seguros y el que le introdujo en el mundo de los seguros. Sin duda alguna, este primer contacto con el seguro fue de los más enriquecedor e ilustrativo para el Prof. Alonso, ya que, su tío era un corredor de seguros.

Siendo ya Profesor Ayudante Doctor, le solicitaron colaborar en la elaboración de la Ley del Contrato de Seguro. En concreto, le encomendaron revisar toda la jurisprudencia en materia de seguros. Este trabajo dio lugar a lo que posteriormente fue su tesis doctoral en esta materia.

En estos años, el Prof. Alonso ha contribuido al Derecho de seguros con numerosos trabajos de prestigio. De entre todos los trabajos que ha tenido la oportunidad de publicar, dos temas le han preocupado de forma especial: el concepto de siniestro en el seguro de responsabilidad civil y la acción directa en el seguro de responsabilidad civil. En las últimas publicaciones en los que ha trabajado analiza de forma especial los seguros de la vejez. Para

finalizar, se podría decir que el Prof. Alonso ha tenido una relación intensa con el sector asegurador.

Foto final de cierre del VI Congreso Nacional de SEAIDA, 8 y 9 de junio 2023



2. VII. Congreso Internacional de SEAIDA/UC3M, 19 y 20 de octubre 2023

<https://seaida.com/vii-congreso-internacional-de-derecho-de-seguros/>

VII Congreso Internacional sobre Digitalización, Cambio climático y Sostenibilidad se celebrará en el auditorio del Campus Puerta de Toledo de la Universidad Carlos III de Madrid los días 19 y 20 octubre 2023, y está organizado por la SEAIDA (Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros) y el Área de Derecho Mercantil de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad Carlos III de Madrid.

El Congreso cuenta con la participación de académicos de prestigio y de profesionales con experiencia acreditada, así como de altos representantes de la industria aseguradora y reaseguradora, de la Administración y de entidades e instituciones representativas con competencias en las materias objeto del programa.

La temática principal versa sobre los riesgos más actuales que enfrenta el mundo del seguro y del reaseguro derivados del cambio climático, la sostenibilidad y de la digitalización y sus repercusiones en el contrato de seguro, en la gestión de los riesgos, el derecho de la competencia, el buen gobierno corporativo, la transparencia informativa y la litigación. Se debatirá igualmente acerca de la adecuación y adaptabilidad de la institución del seguro y del reaseguro para enfrentarse ante estos riesgos del siglo XXI.

JURISPRUDENCIA TS

1. La falta de autorización para navegar en zonas de altura es una causa de exclusión de la cobertura, y su navegación en tales zonas provoca una agravación del riesgo.

Prof. Dr. Albano Gilabert Gascón

STS, Sala 1, núm. 945/2023, de 13 de junio
Ponente. Exmo. Sr. Pedro José Vela Torres

Hechos: El buque de pesca Dadimar Dos estaba navegando desde Vigo hacia un caladero de pesca cuando sufrió un siniestro entre las Islas Canarias y Cabo Verde que produjo la abertura del casco y su posterior hundimiento. Tras ello, la mercantil Brisas da Guarda, S. L., que era la armadora del buque siniestrado, interpuso una demanda contra Mapfre Seguros de Empresas, compañía de seguros y reaseguros, S. A., aseguradora del casco, en reclamación de los daños sufridos por el buque. No obstante, la aseguradora se opuso al entender que concurría una causa de exclusión de la cobertura.

Decisión: Por medio de esta sentencia, el TS confirma las decisiones de primera instancia y de apelación y desestima las pretensiones de la demandante-recurrente, al entender que concurre una causa de exclusión de la cobertura, en particular, por la “[f]alta de los documentos prescritos en este Código, en las ordenanzas y reglamentos de marina o de navegación u omisiones de otra clase del capitán, en contravención de las disposiciones administrativas, a no ser que se haya tomado a cargo del asegurador la baratería del patrón” (art. 756.7º Ccom). Y es que el buque siniestrado contaba con un “certificado de navegabilidad que lo clasificaba como de pesca litoral” lo que implicaba que podía navegar a 60 millas de la costa. En cambio, el siniestro se produjo 309 millas más allá del límite autorizado, es decir, en zona de gran altura, en la que el buque no contaba con autorización para navegar.

Además, el hecho de que la póliza no previera expresamente la exclusión de la cobertura por la falta de tal autorización no es óbice para que la misma opere. En efecto, el artículo 756 Ccom, aplicable en el momento de los hechos, señala que el asegurador no responderá de los daños y perjuicios sufridos en las cosas aseguradas como consecuencia de las causas que enumera, “aunque no se hayan excluido en la póliza”. Es decir, la causa de exclusión de cobertura por la ausencia del certificado de navegabilidad en zonas de altura se aplica con independencia del contenido de la póliza.

Con todo, para que esta causa exima a la aseguradora de la obligación de indemnizar a su asegurado no es suficiente con la mera concurrencia de alguna de las causas previstas en el artículo 756 Ccom, sino que, además, es necesario que exista una relación de causalidad entre el incumplimiento de los requisitos de navegabilidad y el siniestro.

Ahora bien, tal como declaró la Audiencia Provincial, y reitera el Tribunal Supremo, en el caso analizado concurre tal relación de causalidad. En efecto, a diferencia de otros casos, en los que la falta de los documentos prescritos son meros problemas burocráticos, la falta de autorización para navegar en zonas de altura va más allá y afecta a la gravedad del riesgo. Y es que la navegación en tales zonas supone un “incremento exponencial del riesgo asumido”. Concretamente, señala el Tribunal que “es un dato objetivo que la navegación muy alejada

de la costa, con un despacho administrativo que indica una preparación del buque para una singladura a distancia mucho menor, puede tener una relevancia determinante en la imposibilidad o agravamiento de las tareas de asistencia, salvamento y rescate”, lo que, a su vez, incrementa la gravedad del siniestro.

En consecuencia, la navegación de un buque en una zona de altura para la cual no cuenta con autorización es una causa de exclusión de la cobertura aseguraticia, que influye directamente en la agravación del riesgo. Por ello, en si el buque sufre un siniestro mientras navega en dicha zona, la aseguradora no tendrá obligación indemnizatoria alguna para con su asegurado.

2. Contrato de seguro del hogar con cobertura de responsabilidad civil. Delito imprudente del asegurado no significa mala fe conforme al art. 19 LCS. Inoponibilidad al tercero perjudicado

STS, sala 1ª, núm. 579 /2023, de 24 de abril.

Ponente. Excmo. Sr. D. Pedro José Luis Vela Torres

Hecho controvertido: acción de subrogación de la aseguradora frente al asegurado que aseguraba la responsabilidad civil del tomador y determinados familiares (el hijo responsable de la conducta causante del daño) por los daños corporales, materiales e inmateriales causados a terceros por hechos realizados “en su vida privada”.

El contrato de seguro era una póliza de multirriesgo del hogar. La actividad que dio lugar al incendio fue delictiva (autor de un delito de incendio por imprudencia grave), que puede considerarse dentro del concepto de vida privada.

El JPI estima la demanda que es confirmada por la AP. Entiende el JPI que se trata de un delito imprudente, por lo que no concurre la circunstancia prevista en el art. 19 LCS; exoneración del pago de la indemnización por mala fe del asegurado. Los daños por imprudencia no están excluidos en la póliza.

La AP desestima el recurso de apelación los siguientes motivos:

- i) el seguro solo excluye la cobertura en caso de daños causados intencionadamente por mala fe
- ii) la responsabilidad declarada en la sentencia penal fue a título de imprudencia por culpa grave
- iii) no son invocables los requisitos del seguro de accidentes, al tratarse de un seguro de responsabilidad civil, en el que solamente se excluye de la cobertura los daños intencionados causados por mala fe.

El TS desestima el recurso. La mala fe ha de ser causa del siniestro, esto es, ha de existir una relación de causalidad entre la actuación dolosa del asegurado y el siniestro. En este caso hubo una doble actividad delictiva:

- i) una, de carácter doloso, que fue la sustracción de la gasolina del depósito del vehículo estacionado en el garaje y,
- ii) otra, de carácter imprudente o culposo, que el incendio causado por la negligente manipulación del combustible.

Desde esta perspectiva, la primera conducta no estaría asegurada, pero sí la segunda, puesto que no fue dolosa en el sentido exigido por el precepto. Su intencionalidad lo fue para la sustracción de la gasolina, pero no la producción del incendio posterior.

Al tratarse de un seguro de responsabilidad civil, la acción del perjudicado contra el asegurador es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado (art. 76 LCS), la inasegurabilidad por dolo no sería oponible al tercero perjudicado.

----- LEGISLACIÓN Y ACTOS PRELEGISLATIVOS -----

Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda (BOE nº 124, de 25 de mayo)

- Pacto de gastos de sostenimiento del inmueble a cargo del arrendatario

La DF 1ª modifica la Ley 29/1994, de arrendamientos urbanos. En concreto, el artículo 20 establece que las partes pueden pactar que los gastos generales para el adecuado sostenimiento del inmueble sean a cargo del arrendatario, siempre que correspondan a la vivienda arrendada. En edificios en régimen de propiedad horizontal tales gastos serán los que correspondan a la finca arrendada en función de su cuota de participación.

En edificios que no se encuentren en régimen de propiedad horizontal, tales gastos serán los que se hayan asignado a la finca arrendada en función de su superficie.

Para su validez, este pacto deberá constar por escrito y determinar el importe anual de dichos gastos a la fecha del contrato. El pacto que se refiera a tributos no afectará a la Administración.

- Responsabilidad civil y seguro obligatorio de los administradores de fincas

Por otro lado, la DA6ª regula la actividad de los administradores de fincas en cuanto su capacidad profesional, además de las funciones a las que se dedica, excluyéndose a las personas jurídicas. Podrán ser personas físicas que de forma habitual y retribuida prestan servicios de administración y asesoramiento a los titulares de bienes inmuebles y a las comunidades de propietarios. Deben cumplir con su actividad profesional con eficacia, diligencia y responsabilidad e independencia profesional en el sector, con especial consideración hacia la protección de los derechos de los consumidores establecidos por las comunidades autónomas y en esta Ley.

En cumplimiento de sus funciones y responsabilidades para garantizar la protección de los derechos de los consumidores, los administradores de fincas deben suscribir un seguro de responsabilidad civil, sea individual o colectivo.

Ley 11/2023, de 8 de mayo, de trasposición de Directivas de la Unión Europea en materia de accesibilidad de determinados productos y servicios, migración de personas altamente cualificadas, tributaria y digitalización de actuaciones notariales y registrales; y por la que se modifica la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos (BOE nº 110, de 9 de mayo)

- Modificación de la Ley 12/2011 sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos

Modifica la disposición derogatoria única de la Ley 12/2011, de 27 de mayo. Se deroga el artículo 38 del Reglamento sobre Cobertura de Riesgos Nucleares, aprobado por Decreto 2177/1967, de 22 de julio. Dicho artículo dispone que «El contrato de Seguro de Responsabilidad Civil por Daños Nucleares será concertado por el explotador separadamente por cada una de las instalaciones de la que sea o haya de ser titular [...]». Tras la entrada en vigor, se han puesto de manifiesto las dificultades que dicho artículo ocasiona a la hora de encontrar en el mercado privado de seguros la capacidad de aseguramiento necesaria para dar cobertura por separado a dos instalaciones que, perteneciendo a un mismo titular, estén ubicadas en un mismo emplazamiento, habiéndose tenido que recurrir para complementar la capacidad, donde se ha dado esta situación, al reaseguramiento por parte del Consorcio de Compensación de Seguros para poder dar cumplimiento a las disposiciones de la ley y de los Convenios. La contratación de pólizas separadas para este tipo de casos supone una circunstancia excepcional tanto a nivel nacional como internacional, no siendo en todo caso un requisito del Convenio de París, que, en previsión de estos casos, establece, al contrario, que «Toda Parte Contratante podrá decidir que serán consideradas como una instalación nuclear única varias instalaciones nucleares que tengan el mismo explotador y se encuentren en el mismo emplazamiento, así como toda otra instalación situada en ese emplazamiento que contenga combustibles nucleares o productos o desechos radiactivos».

Igualmente, modifica diferentes preceptos de la Ley 12/2011 para su adaptación a los convenios internacionales sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos. Para ello, se da nueva redacción al primer párrafo del artículo 2.1; se añade una letra b) bis al artículo 3.2; se modifica el artículo 4.1, el artículo 7.2, el artículo 10, el primer párrafo del artículo 11.1 y la letra d) del mismo artículo, el artículo 11.2, el artículo 14.1, el artículo 16, el primer párrafo del artículo 17.1, las letras a) y b) del artículo 18.1, el artículo 20; se añade un apartado 3 al artículo 22; se modifica el artículo 23 y se añade una disposición adicional cuarta.

- Transposición parcial de la Directiva (UE) 2021/2118 relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles.

Transpone parcialmente la Directiva (UE) 2021/2118 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2021, por la que se modifica la Directiva 2009/103/CE relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles, así como al control de la obligación de asegurar esta responsabilidad. <<Disposición adicional sexta. Competencias para la celebración de acuerdos relativos a los procedimientos de reembolso en caso de insolvencia de entidades aseguradoras. 1. El Consorcio de Compensación de Seguros negociará y podrá celebrar el acuerdo al que se refiere el apartado 13 del artículo 10 bis de la Directiva 2009/103/CE relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles, así como al control de la obligación de asegurar esta responsabilidad, introducido por la Directiva (UE) 2021/2118, de 24 de noviembre de 2021. 2. La Oficina Española de Aseguradoras de Automóviles (OFESAUTO) negociará y podrá celebrar el acuerdo al que se refiere el apartado 13 del artículo 25 bis de la Directiva 2009/103/CE relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de

vehículos automóviles, así como al control de la obligación de asegurar esta responsabilidad, introducido por la Directiva (UE) 2021/2118, de 24 de noviembre de 2021>>.

-----REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS-----

REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS



ÍNDICES Disponibles

<https://www.revistaespañoladeseguros.com>

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

[ÍNDICES ANUALES RES](#)

Todas las publicaciones pueden adquirirse a través en la web:

Más información en seida@seida.com



Revista Española de Seguros

2023

Enero

Junio

número
193-194

Publicación doctrinal de Derecho de Seguros

SUMARIO

PONENCIAS

La Ley 8/2021 y la Convención de Nueva York de 13 de diciembre de 2006: sobre la discapacidad	7
Rafael Illescas Ortiz	
La propuesta de directiva sobre diligencia debida de las empresas en materia de sostenibilidad	21
Alberto J. Tapia Hermida	
La política de gobierno sostenible, finanzas e inversión sostenible/digitales.	35
Jesús Quijano González	
Aproximación a los riesgos de sostenibilidad ambientales, sociales y de gobernanza (ASG/ESG)	59
Pablo Girgado Perandones	
El seguro de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios. algunas consideraciones en los ámbitos público y privado.	83
Pablo Martínez-Gijón Machuca	
El seguro en la empresa: la interrupción de la actividad por la pandemia.	117
Javier López y García de la Serrana	
La póliza D&O como instrumento resarcitorio ante la responsabilidad de administradores y consejeros sociales.	145
Trinidad Vázquez Ruano	
Relación causal, declaración inexacta del riesgo y siniestro	169
Francisco Javier Maldonado Molina	
Los principios fundamentales de los planes de pensiones con los fondos de pensiones de empleo de promoción pública.	203
Félix Benito Osma	
Diseño, asesoramiento y control en el contrato de seguro	223
Roberto Ríos Ossa	
COMUNICACIONES	
Reflexiones críticas sobre la reforma política de la legislación de planes y fondos de pensiones, propiciada por la ley 12/2022, de 30 de junio.	241
Francisco Javier Tirado Suárez	
Eduardo José Tous Granda	
El régimen legal de los fondos de pensiones de empleo como inversores institucionales en la era de la sostenibilidad.	257
Daniel López Rodríguez	



Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros



Revista
Española
de Seguros

SEAIDA

C/ Luchana, 29, Semisótano A • 28010 – Madrid

seaida@seaida.com

www.seaida.com