
BOLETÍN INFORMATIVO

NÚM. 220/2026



Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros

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

REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS

www.revistaespañoladeseguros.com

EDITORIAL

“Los seguros colectivos de personas y de daños en la última jurisprudencia plenaria de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo”

Alberto J. Tapia Hermida

Exclusión del conductor de la cobertura del SOA, aunque el causante del accidente sea un ocupante.

Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala Cuarta), Asunto C-490/24, de 12 de febrero de 2026. Ponente: Sr. I. Jarukaitis

Javier López García y García de la Serrana

TEMA DE ACTUALIDAD

¿Qué ocurre cuando la aseguradora se retrasa en el pago del rescate?

Álvaro Requeijo Torcal

Las relaciones entre mutualidad y los mutualistas

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, núm.1937/2025, nº recurso: 6818/2020, de 22 de diciembre. Ponente. Excmo. Sr. D. Pedro J. Vela Torres

Félix Benito Osma

CRÓNICA SEAIDA-AIDA

JORNADAS SEAIDA

Responsabilidad civil de los propietarios de perros y su seguro en la normativa y en la jurisprudencia reciente. Jueves, 26 de febrero de 2026.

Atención al Cliente y Cumplimiento Normativo de las Aseguradoras y Mediadores. El aseguramiento de la Responsabilidad Civil. Viernes, 13 de marzo de 2026.

NOTICIAS

Actualidad normativa en el ámbito asegurador y de previsión social complementaria

JURISPRUDENCIA

Seguro de Responsabilidad civil de Clínica Dental.

Responsabilidad Médica. Consentimiento informado.

LEGISLACIÓN Y ACTOS PRELEGISLATIVOS

ESTATAL-AUTONÓMICA
UNION EUROPEA

REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS



“LOS SEGUROS COLECTIVOS DE PERSONAS Y DE DAÑOS EN LA ÚLTIMA JURISPRUDENCIA PLENARIA DE LA SALA PRIMERA DE LO CIVIL DEL TRIBUNAL SUPREMO”

Sumario: I. Introducción: una particular atención desde SEAIDA. II. Nominas domiciliadas y seguros colectivos gratuitos: Sentencia del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo número 57 de 21 de enero de 2026. III. Abogados asegurados informados: Sentencia del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo número 83 de 28 de enero de 2026. IV. Diagnóstico diferencial entre la jurisprudencia en materia de seguros colectivos que sientan las Sentencias del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo número 57 de 21 de enero de 2026 y número 83 de 28 de enero de 2026. A) Diferencias sustanciales. B) Diferencias documentales.

I. Introducción: una particular atención desde SEAIDA

Durante el pasado mes de enero, el Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo ha dictado sendas Sentencias -la número 57 de 21 de enero de 2026 y la número 83 de 28 de enero de 2026- que fijan jurisprudencia en el complejo y transcendental ámbito de los seguros colectivos. Ambas Sentencias plenarios recaen sobre diferentes tipos de seguros colectivos. La número 57 de 21 de enero de 2026 trata de un seguro colectivo de accidentes personales “regalado” por un banco a los clientes que domiciliaran su nómina; mientras que la número 83 de 28 de enero de 2026 trata de un seguro colectivo de responsabilidad profesional de abogados.

La importancia que en la práctica del mercado asegurador tienen estos tipos de seguros, su complejidad técnico-jurídica y el carácter plenario de ambas Sentencias son



POR ALBERTO J. TAPIA HERMIDA
Presidente de SEAIDA¹

“El Tribunal Supremo consolida doctrina sobre el conocimiento y consentimiento en los seguros colectivos.”

otras tantas razones que recomiendan prestarles una particular atención desde SEAIDA para facilitar a los operadores jurídicos un diagnóstico diferencial entre seguros colectivos de personas gratuitos en su variedad de accidentes y seguros colectivos de daños onerosos en su forma de responsabilidad civil profesional. Esta distinta tipología de los seguros colectivos litigiosos no es óbice para que las Sentencias plenarios establezcan jurisprudencia en la materia común de los requisitos de conocimiento y consentimiento de las cláusulas limitativas de sus derechos por el asegurado conforme al art. 3 de la LCS.

II. Nominas domiciliadas y seguros colectivos gratuitos: Sentencia del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo número 57 de 21 de enero de 2026

A) Identificación de la Sentencia

Esta Sentencia² resuelve la cuestión jurídica sustancial de “determinar si en un seguro colectivo de accidentes que concede una entidad financiera, tomadora del seguro, de forma gratuita por domiciliar la nómina, es necesario la entrega del boletín de adhesión, la aceptación de las cláusulas limitativas por el asegurado y, en definitiva, el cumplimiento de los requisitos del art. 3 LCS para que estas le resulten oponibles” (así la delimita el apartado 4 de su Fundamento de Derecho Quinto).

[1] Catedrático de Derecho Mercantil. Universidad Complutense de Madrid. Consejero académico de Estudio Jurídico Sánchez Calero

[2] Roj: STS 97/2026, ECLI:ES:TS:2026:97, Id. Cendoj: 28079119912026100001, N° de Recurso: 5652/2020, Ponente: Nuria Auxiliadora Orellana Cano)

B) Supuesto de hecho

Sobre la base del “resumen de antecedentes” que obra en el Fundamento de Derecho Primero, podemos ofrecer la siguiente cronología de hechos relevantes:

a) El 16 de junio de 1999, D. Sabino suscribió un contrato de cuenta corriente con la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid, S.A.

b) En el año 2000, Caja Madrid hizo una promoción a sus clientes consistente en el “regalo” de un seguro de accidentes a quienes domiciliasen la nómina en la entidad.

c) Con esta finalidad, D. Sabino domicilió su nómina en Caja Madrid y pasó a ser asegurado de la póliza núm. ... de seguro colectivo de accidentes personales, que Caja Madrid, como tomador, tenía suscrito con Caja de Madrid Seguros Generales S.A. de Seguros y Reaseguros, como aseguradora.

d) La póliza indicaba como una de las actividades del colectivo, la de ser clientes de Caja Madrid que tuvieran domiciliado el abono de la nómina y fijaba como garantías el fallecimiento y la invalidez permanente, con una suma asegurada de 9.015,18 euros. Estaba firmada en todas sus páginas por un representante de Caja Madrid como tomadora del seguro. Constaba un anexo de cuatro páginas, con la firma en la última de ellas del tomador, en el que se recogían como riesgos asegurados; constando, en su cláusula 2.ª, el de invalidez absoluta permanente comprobada dentro de un año a contar desde la fecha del accidente: lo que se reiteraba en la cláusula 6.ª, al referirse a las garantías. Se definía la incapacidad permanente absoluta, como “la situación física irreversible determinante de la total imposibilidad para el ejercicio de cualquier actividad profesional del asegurado”. La estipulación 8.ª, referida a las exclusiones, exceptuaba de la cobertura por muerte e invalidez permanente, los casos en que dicho evento fuera consecuencia derivada directamente de las causas que enunciaba, entre las que se encontraba el infarto de miocardio.

e) Las mismas estipulaciones se incluyeron en el posterior seguro colectivo suscrito entre Caja Madrid y Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros que sustituyó al anterior.

f) Al Sr. Sabino se le entregó un certificado del seguro. No se le entregó un boletín de adhesión. En el certificado del seguro se aludía, entre los riesgos cubiertos, a la invalidez permanente absoluta comprobada dentro de un año a contar desde la fecha del accidente y, en su reverso -donde figuraban las exclusiones de la garantía-, se volvía a mencionar la invalidez permanente absoluta derivada de un infarto de miocardio. Estas menciones no constaban resaltadas en el certificado.

“No puede considerarse válidamente aceptada una exclusión que el asegurado nunca conoció de forma real y efectiva.”

g) El 24 de noviembre de 2008, D. Sabino sufrió un infarto de miocardio, que fue calificado como accidente de trabajo. La sentencia del Juzgado de lo Social número 2 de Gijón de 4 de noviembre de 2010 le declaró en situación de incapacidad permanente total. Recurrida en suplicación, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia dictó sentencia el 19 de junio de 2015, que estimó el recurso y declaró a D. Sabino en situación de incapacidad permanente absoluta.

C) Conflicto jurídico

Sobre la base del “resumen de antecedentes” que obra en el Fundamento de Derecho Primero, podemos ofrecer la siguiente cronología de acontecimientos jurídicos relevantes:

a) D. Sabino interpuso una demanda frente a Mapfre, en reclamación de la cantidad de 9.015,18 euros, más los intereses, con base en la póliza de seguro colectivo. En ella alegaba que la situación de invalidez permanente absoluta no estaba excluida en la póliza, y la oscuridad habría de perjudicar a quien la había generado; que la expresión “comprobada dentro de un año a contar desde la fecha del accidente” era una cláusula limitativa, que no había sido destacada ni aceptada por escrito, además de ser abusiva, en perjuicio precisamente de los lesionados más graves; y que en el certificado del seguro que se le entregó, se incluían los accidentes “tanto en su vida privada como en el ejercicio de la actividad profesional”.

“La oscuridad contractual no puede perjudicar al asegurado cuando la cláusula no fue destacada ni aceptada expresamente.”

b) Mapfre contestó la demanda alegando que la garantía de invalidez era para “invalidez permanente”, cuando debido a las lesiones sufridas en accidente ocurrido después de la contratación de la póliza al asegurado se le produjera una invalidez permanente y absoluta, que se manifestara en el periodo de los 365 días siguientes a la ocurrencia del accidente. Añadió que incluía, entre las exclusiones: “ataques de apoplejía, epilepsia, desvanecimientos, síncope, infartos de miocardio”. También alegó que la invalidez permanente y absoluta le fue reconocida al actor como consecuencia de un infarto de miocardio -excluido de la cobertura- y de otras patologías; que en 2015, cuando se manifestó, había transcurrido en exceso el plazo de 365 días siguientes a la fecha del accidente; y que el infarto no motivó primeramente más que una incapacidad permanente total, de modo que podía llevar a cabo actividades que no conllevasen actividad física.

c) El Magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de Gijón dictó la sentencia núm. 17/2020, de 23 de enero que estimó la demanda y condenó a la demandada a pagar al actor la cantidad de 9.015,18€, más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde la fecha del infarto; al considerar que existían cláusulas limitativas del riesgo asegurado que no cumplían las exigencias del art. 3 de la LCS, en concreto: la conceptualización de la invalidez permanente como absoluta-puesto que se partía de una previa delimitación del riesgo como permanente total-; la limitación temporal que se hacía del riesgo, por exigir que su comprobación debía realizarse dentro de un año a contar desde la fecha del accidente; y la exclusión del infarto.

“La delimitación del riesgo no puede encubrir auténticas cláusulas limitativas sujetas a las exigencias del art. 3 LCS.”

d) La Sección 7.ª de la Audiencia Provincial de Asturias, con sede en Gijón, dictó la sentencia 254/2020, de 1 de julio, que estimó el recurso de apelación de la aseguradora ya que entendió que se cumplía la exigencia en cuanto al límite temporal. A mayor abundamiento, razonó que el actor disfrutó gratuitamente de la condición de asegurado por el mero hecho de ser titular de una cuenta corriente suscrita con el tomador, donde tenía domiciliada su nómina, sin la necesidad de un consentimiento expreso por su parte ni de la obligación de pagar prima alguna. Y entendió que la exigencia de información precontractual previa que, por razones de transparencia, incumbía al asegurador, decayó en este caso desde el momento en que no hubo propiamente una adhesión al seguro como un acto de voluntad del adherente, sino que el actor recibió el certificado del seguro por su mera condición de cuentacorrentista con una nómina domiciliada en Caja Madrid. Y como la cláusula constaba en el anexo de la póliza de forma expresa y específica, suficientemente destacada y suscrita por el tomador del seguro, el accidente sufrido por el asegurado quedaba fuera de la cobertura, lo que el demandante no podía desconocer desde el momento en que también figuraba dicha exclusión en el certificado que en su día se le entregó, al tratarse de un seguro gratuito.

“La gratuidad del seguro no elimina la necesidad de conocimiento real de las cláusulas limitativas por el asegurado.”

e) D. Sabino interpuso un recurso extraordinario por infracción procesal, y un recurso de casación.

f) Los motivos del recurso fueron: la valoración de la prueba manifiestamente arbitraria o ilógica, la infracción del artículo 217 de la LEC y la falta de congruencia, exhaustividad y motivación.

g) La Sala desestimó los tres motivos por la razón expuesta en sus Fundamentos de Derecho Segundo, Tercero y Cuarto, respectivamente.

D) Doctrina jurisprudencial material: En un seguro colectivo de personas de carácter gratuito, el asegurado puede incorporarse directamente a la póliza a solicitud del tomador y no es precisa la suscripción del boletín de adhesión si el asegurado no contribuye con el pago de una prima. Es el tomador del seguro el que debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas

La Sala, en el fallo de la Sentencia comentada, decide “desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación (...) contra la Sentencia núm. 254/2020, de 1 de julio, dictada por la sección 7.ª de la Audiencia Provincial de Asturias, con sede en Gijón, en el recurso de apelación núm. 236/2020”.

“La clave del caso reside en la correcta calificación del seguro como colectivo y gratuito.”

El razonamiento claro que sustenta este fallo, que viene antecedido por la desestimación de los tres motivos del recurso de casación que se detallan en los tres primeros apartados del Fundamento de Derecho Quinto de la Sentencia se puede exponer por la subsunción del seguro litigioso entre los seguros colectivos de personas gratuitos. Proceso que requiere de dos distinciones que la Sentencia hace teniendo muy presente no solo la normativa del contrato de seguro sita en la LCS sino también la normativa de ordenación del mercado asegurador, ubicada, primero, en el ROSSP de 1998; y después en el ROSSEAR de 2015. Veámos cada fase del proceso de identificación del seguro litigioso:

1. El seguro litigioso es un seguro colectivo de personas

En términos generales, procede comenzar recordando que, conforme al criterio de la modalidad de contratación, pueden distinguirse los seguros referidos a los riesgos relativos a una persona y los seguros colectivos o de grupo, referidos a riesgos que afectan a un grupo que deberá estar delimitado para una característica común extraña al propósito de asegurarse (art. 81 LCS).

“En el seguro colectivo no coincide el tomador con el asegurado: el primero contrata por cuenta ajena.”

Los seguros colectivos o de grupos de personas se extienden desde la práctica norteamericana a los países continentales porque permiten una rebaja en el coste del ejercicio de la actividad aseguradora, al crear relaciones asociativas o de mutualidad entre las personas pertenecientes a tales grupos de asegurados. En la actualidad, este tipo de seguros tiene, en nuestro país, una notable importancia presente y una gran proyección futura en dos ámbitos fundamentales: 1.º En primer lugar, se han utilizado como mecanismos de comercialización de determinados tipos de seguros de vida (en especial, para el caso de supervivencia) entre la clientela de las entidades de crédito que actúan como tomadoras de pólizas a las que se van adhiriendo sucesivamente los clientes que así lo deseen. 2.º En segundo lugar, los seguros colectivos se deberán utilizar como mecanismos de instrumentación y exteriorización de los compromisos empresariales por pensiones de conformidad con lo establecido en la Disposición adicional 1.ª del TRLPFP y en el Capítulo III del RICP.

La estructura jurídica de los seguros colectivos o de grupos de personas presenta una doble faceta: 1.ª La causa se encuentra en un contrato único celebrado por un solo tomador que actúa por cuenta ajena ya que interviene, no en interés propio, sino en interés de las personas que forman parte del grupo asegurado. 2.ª El efecto de aquella causa única es múltiple porque consiste en el aseguramiento de un grupo de personas; naciendo un conjunto de relaciones aseguradoras entre el asegurador y cada una de las personas del grupo, con un contenido asimétrico.

La pluralidad de elementos personales –que es propia de estos seguros colectivos o de grupos de personas– influye tanto en la aparición de deberes típicos de comunicación entre las partes como de una documentación propia de este tipo de contratos.

La jurisprudencia sobre los seguros colectivos o de grupo se ha proyectado en sus diversas fases de evolución: en el momento inicial de cumplimiento del deber de declaración precontractual del estado de salud y en la fase de contratación³.

Hecha esta presentación, retomamos el comentario de la Sentencia del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo número 57 de 21 de enero de 2026 para constatar que, en su Fundamento de Derecho Quinto, ofrece una panorámica de “la regulación de los seguros colectivos y la jurisprudencia de la sala” donde señala : conforme al art. 81 LCS, referido a los seguros colectivos, «(e)l contrato puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse». Esta sala se ha pronunciado sobre la diferenciación con los seguros individuales en la sentencia 1058/2007, de 18 de octubre (citada por las posteriores sentencias 541/2016, de 14 de septiembre y 570/2019, de 4 de noviembre). En ella, advertíamos que, en los seguros colectivos o de grupo, «no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegurarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento (STS 6 de abril de 2001, rec. 878/1996) (...) En la sentencia 1058/2007, de 18 de octubre, razonamos que «la carga de información que pesa sobre el asegurador para cumplir con el principio de transparencia contractual está en relación con la posición que respectivamente ocupan en el contrato el tomador y el asegurado. Las exigencias formales que afectan a las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado impuestas por el artículo 3 LCS, entre las cuales figura la especial aceptación por parte de éste, deben ser interpretadas en consonancia con este principio”. En estos casos en que se distingue entre el tomador y el asegurado, el art. 7 LCS dispone que las obligaciones y los

deberes que derivan del contrato corresponden al tomador, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado. (...) En los seguros colectivos, el tomador del seguro debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas (sentencias de 14 de junio de 1994 y 24 de junio de 1994), exigencia que resulta adecuada a la posición del tomador del seguro, en cuanto al contratar contrae obligaciones como tal, aunque el seguro tenga un carácter genérico y requiera para su perfección, en su caso, respecto de los distintos asegurados, la declaración de voluntad individual en que consiste la adhesión (sentencia 1058/2007, de 18 de octubre)”.

2. El seguro litigioso es un seguro colectivo de personas gratuito

Antes hemos indicado que la Sentencia ubica adecuadamente el seguro colectivo litigioso tomando en consideración no solo la normativa del contrato de seguro sita en la LCS sino también la normativa de ordenación del mercado asegurador, ubicada, primero, en el ROSSP de 1998; y después en el ROSSEAR de 2015.

Esta consideración del contexto resulta particularmente adecuada por razones de congruencia si tenemos en cuenta los tres motivos del recurso de casación resuelto que se basaron: El primero, en la oposición de las sentencia recurrida a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo y, en concreto, la emanada de la Sentencia del Pleno del Tribunal Supremo 402/2015, de 14 de julio de 2015 (...) así como infracción de los artículos 3, 7 y 83 párrafo 4º, de la Ley de Contrato de Seguro (LCS); artículos 60.1, 61, 63.1, 65 del TRLGDCU) y artículos 5.1, 5.5 y 7 en relación con los arts. 1.1, 1.2 y 8 de la LCGC. El segundo, en la infracción de la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo y, en concreto, la emanada de la Sentencia de este Tribunal, Sala Primera, con número de Sentencia 1058/2007 y por infracción del ROSSEAR de 2015, concretamente su artículo 122.4, y el ROSP de 1998, de 20 de noviembre, de sus artículos 76.4 y 107. Y, el tercero, en la oposición de la sentencia recurrida a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo y, en

[3] El lector interesado en profundizar en el conocimiento de este tipo de seguros colectivos puede consultar nuestra “Guía del Contrato de Seguro”, 2ª ed., Colección Monografías Aranzadi, Aranzadi, Cizur Menor (2022), pág.323 y ss.

concreto, la emanada Sentencia del Tribunal Supremo 541/2016 de 14 de septiembre de 2016, al interpretar el art. 2 en relación con el art. 3 de la LCS, artículos 80.2 en relación con los arts. 63.1, 82 y 83TRLGDC, artículo 6 en relación con el art. 5.5 LCGC y artículo 1288 Código Civil, en adelante CC, y en concreto, sobre “la prevalencia de las cláusulas particulares sobre las generales, aplicación de las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado e interpretación in dubio contra proferentem”.

Pues bien, la esencia de la doctrina sentada por la Sentencia comentada se basa en la distinción entre dos tipos de seguros colectivos: “aquellos en que el asegurado se adhiere y paga una prima y aquellos en los que simplemente obtiene el beneficio de ser asegurado”.

“La doctrina pivota sobre una distinción decisiva: pagar prima y adherirse, o ‘beneficiarse’ de una cobertura gratuita.”

Una vez ubicado el seguro litigioso en esta segunda categoría, el Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo razona (en el apartado 7 del Fundamento de Derecho Quinto): “En estos segundos, no es necesario el boletín de adhesión porque el asegurado no tiene que prestar el consentimiento, no se tiene que “adherir” al seguro para que se tenga por perfeccionado el contrato. La adquisición de la condición de asegurado por el hecho de domiciliar la nómina -o de contratar una tarjeta- no requiere de ulterior consentimiento ni, por tanto, el asegurador debe cumplir con el art. 3 LCS en relación con la información al asegurado. Es al tomador del seguro al que la aseguradora debe proporcionar la información precontractual. Y es el tomador del seguro el que debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas. No podemos identificar como adhesión o como acto de voluntad en el sentido expuesto por la jurisprudencia, la aceptación por el cliente de la oferta o promoción del seguro hecha por la entidad financiera, por domiciliar la nómina o contratar la tarjeta o, en definitiva, por aceptar o contratar el servicio al que la ofertante vincula un seguro gratuito. (...) Este criterio

jurisprudencial ha sido refrendado en el art. 117.2 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que dispone: “En los seguros colectivos de vida, con carácter general, se podrá efectuar la incorporación de los asegurados directamente a la póliza a solicitud del tomador. No obstante, además de la póliza, será precisa la suscripción por los asegurados de boletines de adhesión en los siguientes casos: a) Aquellos seguros en los que los asegurados deban contribuir al pago de primas. b) Aquellos seguros en los que existiendo imputación fiscal de las contribuciones empresariales, la misma no sea obligatoria de acuerdo con la legislación vigente. No será necesaria la suscripción del boletín de adhesión en los seguros colectivos que sirvan para el aseguramiento de planes de pensiones ni en los planes de previsión social empresarial, pudiendo procederse a la incorporación de los asegurados directamente a solicitud del tomador en los términos señalados. Una vez suscrito el boletín de adhesión o, en su caso, incorporado el asegurado al contrato, el asegurador emitirá y entregará un certificado individual de seguro. En el caso en que se hubiese efectuado la incorporación de asegurados directamente a la póliza a solicitud del tomador, el certificado individual de seguro indicará un plazo, no inferior a un mes, durante el cual el asegurado podrá oponerse expresamente a su incorporación al colectivo asegurado”.

“En los seguros colectivos gratuitos, el art. 3 LCS se proyecta primordialmente sobre el tomador, no sobre el asegurado-beneficiario.”

En este punto, nos parece conveniente que insistir en la distinción de los diferentes tipos de seguros colectivos que existen en la práctica aseguradora y sus consecuencias. Es más, a la vista del supuesto de hecho litigioso, recomendamos vivamente el examen del régimen de las ventas agrupadas de seguros y otros productos financieros que obra la regulación de la distribución de seguros en nuestro país mediante el título I del Libro Segundo del “Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se

incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales” que se ocupa, en particular de la “Transposición de la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros” (arts.127 a 211)⁴.

3. Consecuencias de la calificación anterior del seguro litigioso como un seguro colectivo de personas gratuito en los requisitos de documentación y de conocimiento y consentimiento de las cláusulas limitativas

El razonamiento claro que sustenta el fallo confirmatorio de la Sentencia 254/2020, de 1 de julio, de la Sección 7.ª de la Audiencia Provincial de Asturias, con sede en Gijón, que estimó el recurso de apelación de MAPFRE al entender que se cumplieron los requisitos documentales en un seguro colectivo en el que “el actor disfrutó gratuitamente de la condición de asegurado por el mero hecho de ser titular de una cuenta corriente suscrita con el tomador” culmina diciendo: “Por tanto, en los seguros colectivos de personas, como el presente, el asegurado puede incorporarse directamente a la póliza a solicitud del tomador, y no es precisa la suscripción del boletín de adhesión si el asegurado no contribuye con el pago de una prima, lo que tiene la relevancia que hemos expuesto a efectos de la información precontractual. (...) Caja Madrid ofreció un seguro a los clientes que domiciliaran la nómina en la entidad. El seguro lo había suscrito previamente en su condición de tomadora. Se trataba de un seguro colectivo o de grupo, cuyos asegurados se identificaban, por tanto, conforme al art. 81 LCS, por una característica común extraña al propósito de asegurarse, en concreto, ser clientes de Caja Madrid que tuvieran domiciliado el abono de la nómina. No ha resultado controvertido que la tomadora del seguro tuvo información precontractual ni que se cumpliera con el art. 3 LCS respecto de las cláusulas limitativas. Al cliente solo se le entregó un certificado del seguro para que tuviera conocimiento de las condiciones de la

póliza que la entidad que lo concedía (“regalaba”) tenía suscrito. No consta boletín de adhesión ni el asegurado tuvo que rellenar un cuestionario de salud, que entendemos no eran necesarios en este caso, porque el asegurado no tenía que pagar la prima, que corría a cargo del tomador. (...) Por todo lo expuesto, la sentencia recurrida se ajusta a la jurisprudencia de la sala, no infringe las sentencias invocadas en los motivos del recurso de casación, ni los arts. 76.4 y 107 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, porque el boletín de adhesión que prevén no era preciso en este caso”.

“En el seguro colectivo de personas gratuito, la aceptación reforzada de cláusulas limitativas se satisface con el conocimiento y aceptación del tomador.”

adhesión ni el asegurado tuvo que rellenar un cuestionario de salud, que entendemos no eran necesarios en este caso, porque el asegurado no tenía que pagar la prima, que corría a cargo del tomador. (...) Por todo lo expuesto, la sentencia recurrida se ajusta a la jurisprudencia de la sala, no infringe las sentencias invocadas en los motivos del recurso de casación, ni los arts. 76.4 y 107 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, porque el boletín de adhesión que prevén no era preciso en este caso”.

III. Abogados asegurados informados: Sentencia del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo número 83 de 28 de enero de 2026

A) Identificación de la Sentencia

Esta Sentencia⁵ trata de una resolver una controversia jurídica que tiene por objeto “dirimir, en un contrato de seguro colectivo de responsabilidad civil profesional de abogados, la validez y el alcance de una cláusula de delimitación temporal («claim made») en relación con la responsabilidad civil de una

[4] El lector interesado puede consultar la entrada de nuestro blog de 9 de marzo de 2020 sobre la “Distribución de seguros (2): la nueva regulación de las ventas agrupadas de seguros y otros productos financieros”.

[5] Roj: STS 99/2026, ECLI:ES:TS:2026:99, Id Cendoj:28079119912026100003, Recurso 6830/2020, Ponente: Fernando Cerdá Alberó.

abogada que había cursado baja en el colegio profesional en cumplimiento de una «orden judicial de suspensión» (o inhabilitación judicial). La cláusula limitativa aparece destacada de manera específica en la póliza de seguro colectivo y el tomador (el colegio de abogados) la ha aceptado de forma expresa. Sin embargo, no consta la existencia de boletín de adhesión del asegurado, ni la expedición de un certificado individual por la aseguradora” (tal y como la precisa el apartado 1 de su Fundamento de Derecho Primero).

“En el seguro colectivo profesional, la transparencia no se agota en el tomador: alcanza también al asegurado.”

B) Supuesto de hecho

Sobre la base del “resumen de antecedentes” que obra en el Fundamento de Derecho Primero, podemos ofrecer la siguiente cronología de hechos relevantes:

1. La Póliza Colectiva de CASER por la que el ICAB cubría la responsabilidad civil de sus abogados

a) El Il·lustre Col·legi de l'Advocacia de Barcelona (ICAB) tenía suscrita con la sociedad aseguradora Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. una póliza colectiva que cubría la responsabilidad civil de sus abogados desde el año 2006 y que se había ido renovando. En dicha Póliza constaban, entre otras, las condiciones particulares y especiales siguientes:

a.1) Establece un límite por siniestro y asegurado de 30.000 €, con una franquicia del 10 % del importe del siniestro (con un máximo de 1.500 €).

a.2) La cláusula 5 establece la delimitación temporal de la cobertura mediante una cláusula comúnmente conocida como «claim made», en su modalidad de cláusula retrospectiva o de pasado ; de tal manera que la cobertura se limita a las reclamaciones presentadas contra la aseguradora durante el período de vigencia de la póliza, aunque el hecho generador se haya cometido antes de la fecha de vigencia del seguro. Las páginas en

que consta esta cláusula limitativa de derechos están firmadas por el tomador del seguro (el ICAB) y el contenido de la cláusula aparece destacado de manera especial con marca gráfica en negrita.

“Una cláusula ‘claim made’ puede estar destacada y aceptada... y aun así no ser oponible si no llegó al asegurado.”

a.3) La cláusula 1, al definir a los asegurados, se refiere -entre otros- a los abogados colegiados ejercientes en el ICAB y que tengan tal condición en el momento del siniestro.

a.4) La cláusula 8 establece la cobertura de los asegurados que, durante la vigencia de la póliza, cesen en su actividad o causen baja por invalidez permanente y total, jubilación, excedencia para ejercicio de cargo público o fallecimiento; estableciendo que, en tales casos, continuarán con las mismas garantías que tuvieran contratadas en la póliza en el momento del cese sin limitación en cuanto al periodo de tiempo de reclamación.

a.5) En las renovaciones de la póliza correspondientes a los años 2010 y 2015, el ámbito subjetivo se amplía a los casos de cese de actividad o baja por enfermedad grave, cese temporal o definitivo de actividad del abogado asegurado adoptados por la junta de gobierno por la aplicación de medidas cautelares, sanción disciplinaria o cambio de la situación ejerciente a no ejerciente del colegiado.

a.6) La cláusula 3, apdo. 14, excluye las reclamaciones por hechos intencionados, dolosos o fraudulentos, o por desviarse a sabiendas de la ley o de las instrucciones del cliente.

b) La abogada Sra. Palmira pertenecía al grupo asegurado por aquella póliza, constando en autos algunas circunstancias relevantes respecto de ella:

b.1) En cuanto a la cobertura, el ICAB aportó a los autos un certificado, con fecha 4 de enero de 2017, en el que indica las ampliaciones de cobertura contratadas por la Sra. Palmira : en el año 2007, hasta 330.000 € [apartado b.1)]; y en el año 2010, hasta 360.000 € [apartado b.2)];

en ambos casos también con una franquicia del 10 % del importe del siniestro y con un límite máximo de 1.500 €.

b.2) En cuanto a la documentación, no consta la existencia de boletín de adhesión del asegurado ni, por tanto, que dicho boletín esté firmado por la asegurada ni que la aseguradora Caser haya emitido el certificado individual.

“Sin boletín de adhesión ni certificado individual, la cláusula limitativa se queda sin ‘puente’ hacia el asegurado.”

2. Los dos siniestros de la abogada asegurada, Sra. Palmira

a) El primer siniestro de 2007: Durante el año 2007, la demandante Sra. Sabina contrató los servicios profesionales de la abogada, D.^a Palmira a fin de que efectuara todas las gestiones y trámites necesarios para otorgar la escritura de manifestación y aceptación de herencia de la difunta madre de la Sra. Sabina, así como la liquidación del impuesto de sucesiones correspondiente. En atención a la petición de la Sra. Palmira, la Sra. Sabina le efectuó una transferencia por importe de 327.982,11 € en fecha 20 de noviembre de 2007. Sin embargo, la Sra. Palmira no abonó el referido impuesto de sucesiones.

La Sra. Sabina interpuso querrela contra la Sra. Palmira por tales hechos. Ésta resultó condenada por un delito de apropiación indebida (en concurso ideal de otro delito de deslealtad profesional) y, entre otras consecuencias, se le condenó a indemnizar, en concepto de responsabilidad civil, a la Sra. Sabina la cantidad de 327.982,11 €, más 65.026,22 €, más los intereses que se determinen en ejecución de sentencia.

b) El segundo siniestro de 2010: En el año 2010, la oficina liquidadora de la Generalitat de Catalunya inició un procedimiento de inspección tributaria con origen en el referido impuesto de sucesiones. En concreto, por razón de la valoración de un bien inmueble del haber hereditario y que finalizó con un acta de conformidad firmada por la Sra. Palmira en fecha 3 de noviembre de 2010, quien no informó de tal circunstancia a la Sra. Sabina.

En dicha acta de conformidad se refleja que la Sra. Sabina debía hacer un pago complementario de 98.430,85 €, y se le reclamaba a su vez el correspondiente recargo de apremio del 20 %. La indemnización reclamada por la Sra. Sabina ascendía a 44.185,05 € (19.686,17 € del recargo de apremio, más 24.498,88 € por intereses).

3. La baja de la abogada asegurada, Sra. Palmira y la reclamación de la tercera perjudicada, Sra. Sabina contra Caser

a) La Sra. Palmira cursó baja como abogada del ICAB el 20 de noviembre de 2014, en cumplimiento de la «orden judicial de suspensión».

b) La primera reclamación de la Sra. Sabina contra Caser se produjo el 10 febrero de 2015.

“La fecha de la reclamación frente a la aseguradora se convierte en el eje del litigio cuando opera una ‘claim made’.”

C) Conflicto jurídico

Sobre la base del “resumen de antecedentes” que obra en el Fundamento de Derecho Primero, podemos ofrecer la siguiente cronología de acontecimientos jurídicos relevantes:

a) La cliente perjudicada Sra. Sabina interpuso el 8 de junio 2016 la demanda en la que, al amparo del art. 76 LCS, ejercitaba dos acciones acumuladas, al referirse a los dos siniestros diferenciados:

a.1) Por una parte, en relación con el primer siniestro, pedía al juzgado que condenase a Caser a pagarle hasta el límite de cobertura de la póliza que acredite 539.116 €.

a.2) De otro lado, y respecto del segundo siniestro, solicitaba que se condenase a la Sra. Palmira a pagarle solidariamente con la aseguradora Caser la cantidad de 19.689,17 € del recargo de apremio, más 24.498,88 € por los intereses de demora devengados hasta el 17 de marzo de 2016, y los intereses de demora que se devengasen desde esa fecha hasta el pago efectivo de la deuda.

a.3) En tercer lugar, pedía que se condenase a Caser a pagar, respecto de la cantidad a que resultase condenada finalmente, los intereses del art. 20 LCS, desde la fecha de cada uno de los siniestros y hasta el total pago.

b) Caser contestó la demanda y solicitó su desestimación con imposición de costas a la actora, alegando que la cobertura del seguro sólo incluía los siniestros comunicados durante la vigencia de la póliza y que, en el presente caso, la demandante Sra. Sabina realizó esta comunicación el 10 de febrero de 2015, pero la abogada Sra. Palmira ya había cursado baja en el ICAB desde el 20 de noviembre de 2014. Además, Caser arguyó que la póliza suscrita sólo cubría la responsabilidad civil derivada de errores involuntarios de la asegurada, mientras que la abogada Sra. Palmira había sido condenada penalmente por los referidos delitos.

c) El Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona dictó la Sentencia 152/2018, de 9 de julio, en la que estimó en parte la demanda de la Sra. Sabina, sin imposición de costas ya que:

c.1) Por una parte, desestimó la primera acción ejercitada en la demanda, y dirigida contra la aseguradora Caser, por entender que los hechos objeto de reclamación quedaban incardinados en las exclusiones de la cláusula 3.14 de la póliza, al ser un hecho doloso por el que la abogada Sra. Palmira había sido declarada penalmente responsable. Así pues, el juzgado rechazó la condena a la aseguradora a indemnizar el primer siniestro (por importe de 494.931,20 €), al considerar que la actuación dolosa de la asegurada estaba excluida de la cobertura de la póliza.

c.2) De otro lado, respecto de la segunda acción ejercitada, dirigida de forma solidaria contra la Sra. Palmira y la aseguradora, el juzgado la estimó, al considerar que el siniestro reclamado había tenido lugar en el año 2010 y en esa fecha la póliza se encontraba en vigor, puesto que la codemandada Sra. Palmira no causó baja en el ICAB hasta el 20 de noviembre de 2014. Así pues, el juzgado condenó solidariamente a la Sra. Palmira ya Caser a pagar a la actora la cantidad de 19.686,17 €, más 24.498,88 € como intereses devengados hasta el 17 de marzo de 2016 (en total, 44.185,05 €), con la indicación de que la cobertura de

Caser estaba limitada a la cantidad de 30.000 € y con una franquicia de un 10 % con un máximo de 1.500 €. Además, condenó a las codemandadas al pago de los intereses legales que se devengasen desde el 17 de marzo de 2016 hasta el completo pago. Sin embargo, rechazó aplicar a la aseguradora los intereses del art. 20 LCS, al apreciar la concurrencia de causa justificada (art. 20.8 LCS).

d) La Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 19.ª) en su Sentencia n.º 284/2020, de 5 de octubre, desestima el recurso de apelación de la Sra. Sabina y estima la impugnación de Caser, por lo que revoca en parte la sentencia de primera instancia, en el sentido de dejar sin efecto la condena a Caser, a quien absuelve de los pedimentos formulados en su contra. Como fundamento de su resolución, la Audiencia Provincial empieza con la desestimación de la apelación de la Sra. Sabina, por lo que confirma el criterio de la sentencia de primera instancia. Respecto del rechazo de la reclamación por el primer siniestro del año 2007, lo hace por razones distintas puesto que entiende que, según sostiene la aseguradora apelante, la causa de exclusión de cobertura prevista en la cláusula 3.14 (por conducta dolosa del asegurado) no es oponible al tercer perjudicado. Sin embargo, la Audiencia considera que el siniestro queda fuera de cobertura por aplicación de la cláusula «claim made» de delimitación temporal de cobertura (cláusula 5 de la póliza), de modo que sólo quedan cubiertos los siniestros que se hayan reclamado durante la vigencia de la póliza. A continuación, entiende que la póliza venció cuando la asegurada Sra. Palmira cursó baja en su condición de abogada en el ICAB en noviembre de 2014 (cláusula 8 de la póliza). La Audiencia Provincial considera que la cláusula «claim made» recogida en la póliza respetaba los requisitos del art. 3 LCS, al aparecer destacada de modo especial con marca gráfica en negrita y haber sido aceptada. Precisamente por estos argumentos sobre la validez y aplicación de la cláusula de delimitación temporal, estimó la impugnación formulada por Caser en relación con el siniestro de 2010, pues la demandante no lo comunicó hasta el año 2015, momento en que la asegurada Sra. Palmira ya había cursado baja en el ICAB.

“El conflicto no es solo temporal: es documental y de transparencia frente al asegurado.”

e) La clienta perjudicada apelante, Sra. Sabina, solicitó aclaración de la sentencia respecto de qué versión de la cláusula 8 (sobre la vigencia de la póliza en determinadas circunstancias subjetivas de los abogados asegurados: cese, jubilación, excedencia...) consideraba la Audiencia Provincial aplicable, puesto que su redacción no era la misma en la póliza del período en el que se produjo el primer siniestro (2007), que en la del segundo (2010). La Audiencia provincial desestimó esta solicitud.

f) Frente a la sentencia de apelación, la clienta perjudicada, Sra. Sabina formula un recurso extraordinario por infracción procesal, sobre la base de un único motivo, que es desestimado; y un recurso de casación, articulado en cinco motivos, en primero de los cuales se estima asumiendo la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo la instancia y condenando a la abogada asegurada y a Caser.

D) Doctrina jurisprudencial material: la exigencia de transparencia contractual impone la necesidad de que, en los seguros colectivos, el asegurador ponga en conocimiento, no sólo del tomador sino también del asegurado, las cláusulas limitativas con los requisitos del art. 3 LCS

“En seguros colectivos profesionales, la transparencia contractual exige que el asegurado conozca y acepte: no basta el tomador.”

En el fallo de la sentencia que comentamos, la Sala decide: “1º. Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por D.ª Sabina contra la sentencia n.º 284/2020, de 5 de octubre, dictada por la Sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona (rollo n.º 159/2019), que conoció de la apelación de la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º

441/2016). 2.º Estimar el recurso de casación interpuesto por D.ª Sabina contra la sentencia n.º 284/2020, de 5 de octubre, dictada por la Sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona (rollo n.º 159/2019), que conoció de la apelación de la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º 441/2016), que casamos y anulamos. 3.º Estimar el recurso de apelación interpuesto por D.ª Sabina contra la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º 441/2016), en el sentido de condenar a Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., a pagar a D.ª Sabina, por el primer siniestro, el importe de 328.500 €. 4.º Desestimar la impugnación interpuesta por Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. contra la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º 441/2016), en el sentido de confirmar la condena solidaria a Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y a D.ª Palmira a pagar a D.ª Sabina, por el segundo siniestro, el importe de 42.685,05 €. 5.º Condenar a Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. a pagar a D.ª Sabina, respecto de los importes acuyo abono aquélla ha sido condenada, los intereses previstos en el art. 20 LCS, desde el 10 de febrero de 2015. 6.º Condenar a D.ª Palmira a pagar a D.ª Sabina, respecto del importe a cuyo abono aquélla ha sido condenada, el interés legal desde el 8 de junio de 2016. 7.º Condenar a D.ª Sabina al pago de las costas del recurso extraordinario por infracción procesal, y no hacer expresa imposición de las costas causadas por el recurso de casación, ni de las derivadas del recurso de apelación. 8.º Imponer a las partes codemandadas Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y D.ª Palmira las costas de la primera instancia”.

“La falta de información al asegurado convierte la cláusula limitativa en inoponible, incluso frente al tercero perjudicado.”

A este fallo se llega mediante un razonamiento que obra en el Fundamento de Derecho Tercero y que podemos sintetizar en tres fases:

1. La normativa sobre requisitos de la válida oposición por el asegurador al tercer perjudicado de las cláusulas de delimitación temporal de la cobertura establecida en el segundo párrafo del art.73 de la LCS, integrado por remisión al art.3 de la misma LCS

En este sentido, el apartado 2.2 del Fundamento de Derecho Tercero dice: “Por cuanto atañe al fondo de este motivo primero del recurso de casación, la controversia se refiere a la cláusula de delimitación temporal de la cobertura (comúnmente, conocida como «claim made») en su modalidad de cláusula retrospectiva o de pasado, cuya admisibilidad está regulada por el art. 73.II, inc. 2º, LCS. En esta modalidad de cláusula «claim made» retrospectiva o de pasado, la cobertura de la aseguradora se circunscribe a los supuestos en que la reclamación del perjudicado tenga lugar durante el período de vigencia de la póliza, siempre que la cobertura se extienda a los casos en que el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurado haya podido tener lugar con anterioridad, al menos, de un año desde el comienzo de efectos del contrato. En su virtud, la deuda de responsabilidad se desplaza al momento en que se produzca la reclamación, con tal que la cobertura se extienda a los casos en que la obligación de indemnizar haya nacido al menos un año antes de la vigencia del seguro (y aunque haya habido prórrogas). Como cláusula limitativa de los derechos del asegurado que es, para la validez de la cláusula «claim made» se requiere que dicha cláusula resulte probada y que se ajuste a las previsiones del art. 3 LCS. Así lo exige el art. 73.II, inc. 2º, LCS, que expresamente remite a aquella norma, cuando determina: «Asimismo, y con el mismo carácter de cláusulas limitativas conforme a dicho artículo 3...».El art. 3.I LCS, tras ordenar en su inciso segundo que las condiciones generales y particulares se redacten de forma clara y precisa, a continuación impone en su inciso tercero: «Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito». Así pues, el art. 3.I, inc. 3º, LCS establece una doble exigencia: (1) el deber de destacar de modo especial la cláusula limitativa; y (2) su aceptación específica por escrito”⁶.

2. La normativa sobre requisitos de documentación de los seguros colectivos establecida en el art.107 del ROSP de 1998 y al art. 122.4 del ROSSEAR de 2015

En este sentido, el apartado 2.3 del Fundamento de Derecho Tercero señala: “Y para probar el cumplimiento de este deber, el art. 107 del Real Decreto 2486/1998 ordenaba: «Se acreditará que el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado ha recibido con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, toda la información requerida a este respecto en los artículos precedentes, mediante una mención, fechada y firmada por el tomador o asegurado, en su caso, insertada al pie de la póliza o del boletín de adhesión, en la que reconozca haberla recibido con anterioridad y se precise su naturaleza y la fecha de su recepción». En la actualidad, esta obligación se mantiene en el art. 122.4 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que determina: «En los seguros colectivos o de grupo, el asegurador deberá suministrar la información que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados, con anterioridad a la firma del boletín de adhesión cuando proceda dicha firma o, durante la vigencia del contrato en caso contrario, salvo que dicha obligación sea asumida por el tomador del seguro. En los boletines de adhesión y certificados de seguro deberá figurar la información que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados. El asegurador informará por escrito, o mediante soporte electrónico duradero, sobre cualquier cambio en el contenido de dichos documentos».

2.4.La jurisprudencia es constante al exigir que, en los seguros colectivos, las cláusulas limitativas sean conocidas y aceptadas, tanto por el tomador, como por el asegurado, a quien debe entregarse un boletín de adhesión y un certificado individual”.

“En seguros colectivos, el documento no es trámite: es el instrumento de transparencia.”

[6] El lector interesado en profundizar en el conocimiento de este tipo de cláusulas «claim made» puede consultar nuestra “Guía del Contrato de Seguro”, 2ª ed., Colección Monografías Aranzadi, Aranzadi, Cizur Menor (2022), pág.239 y ss.

3. La jurisprudencia constante de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo al interpretar las normas referidas

En este sentido, el apartado 2.4 del Fundamento de Derecho Tercero señala: “La jurisprudencia es constante al exigir que, en los seguros colectivos, las cláusulas limitativas sean conocidas y aceptadas, tanto por el tomador, como por el asegurado, a quien debe entregarse un boletín de adhesión y un certificado individual”, citando sus Sentencias de 27 de julio de 2006, rec. 2294/1999; la n.º 1058/2007, de 18 de octubre; la n.º 516/2009, de 15 de julio; la n.º 715/2013, de 25 de noviembre; la n.º 541/2016, de 14 de septiembre; y la n.º 555/2019, de 22 de octubre.

4. Aplicación al supuesto litigioso y resultado

El apartado 2.5 del Fundamento de Derecho Tercero concluye diciendo: “Así pues, según esta doctrina reiterada y constante de la sala, la exigencia de transparencia contractual impone la necesidad de que, en los seguros colectivos, el asegurador ponga en conocimiento, no sólo del tomador sino también del asegurado, las cláusulas limitativas con los requisitos del art. 3 LCS. Por tanto, para que dichas cláusulas limitativas sean válidas y oponibles, el asegurador ha de redactarlas con la claridad y el énfasis exigidos por la norma y ha de recabar su aceptación especial también por el asegurado, para lo cual resulta instrumento idóneo la solicitud de adhesión prevista para este tipo de seguros. En consecuencia, la sentencia recurrida infringe la jurisprudencia de la sala pues, si bien el tomador del seguro (el ICAB) aceptó de forma expresa la cláusula limitativa «claim made» que es objeto de debate y ésta aparece destacada de forma específica en la póliza del seguro de responsabilidad civil profesional, no consta la existencia de boletín de adhesión de la asegurada ni la expedición de certificado individual en los que se informara a dicha asegurada de las condiciones del contrato”.

“La transparencia exige ‘doble destinatario’: tomador y asegurado.”

5. Consecuencia de la estimación de la demanda en forma de condena de la aseguradora al pago de los intereses moratorios sancionadores previstos en el art. 20 LCS

El Fundamento de Derecho Cuarto deduce una consecuencia financieramente relevante de la asunción de la instancia, estimación del recurso de apelación, desestimación de la impugnación de la sentencia de primera instancia y estimación de la demanda en forma de condena a la aseguradora al pago de los intereses previstos en el art. 20 LCS, desde la fecha de la primera reclamación de la Sra. Sabina contra Caser: esto es, desde el 10 de febrero de 2015 (art. 20.6.º.III LCS).

“La falta de transparencia puede tener coste sancionador: intereses del art. 20 LCS.”

Para llegar a tan cruento resultado, la Sala aplica su doctrina extensiva de las condenas y restrictiva de las excepciones diciendo: “Ahora bien, como es natural, la mera circunstancia de judicializarse la reclamación, ante la negativa de la aseguradora de hacerse cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del art. 20 LCS, pues en tal caso su juego normativo quedaría subordinado a la formalización de su oposición por parte de las compañías aseguradoras, que tendrían en sus manos demorar las liquidaciones de los siniestros y evitar la aplicación de los referidos intereses. En aras de evitar tan indeseables resultados, es necesario que la judicialización, excluyente de la mora, se encuentre fundada en razones convincentes que avalen la reticencia de la aseguradora a hacer honor al compromiso contractualmente asumido. No ofrece duda que la mera circunstancia de acudir al proceso no permite presumir la racionalidad de la oposición a indemnizar, puesto que no se da un enlace preciso y directo, conforme a las directrices de la lógica, entre ambos comportamientos con trascendencia jurídica (sentencias n.º 503/2020, de 5 de octubre, n.º 563/2021, de 26 de julio)”

IV. Diagnóstico diferencial entre la jurisprudencia en materia de seguros colectivos que sientan las Sentencias del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo número 57 de 21 de enero de 2026 y número 83 de 28 de enero de 2026

Ambas Sentencias plenarias recaen sobre diferentes tipos de seguros colectivos. La número 57 de 21 de enero de 2026 trata de un

seguro colectivo de accidentes personales “regalado” por un banco a los clientes que domiciliaran su nómina; mientras que la número 83 de 28 de enero de 2026 trata de un seguro colectivo de responsabilidad profesional de abogados.

Diagnóstico diferencial (STS 57/2026 vs STS 83/2026)

STS 57/2026	STS 83/2026
Tipo de seguro: Accidentes “regalado”	RC profesional abogados
Prima / adhesión: Sin prima del asegurado	Posibles primas individualizadas (ampliaciones)
Documentación: Certificado si / boletín no	Boletín no + certificado individual no

Efecto: distinto estándar práctico de transparencia y oponibilidad (art. 3 LCS).

“No hay contradicción real: hay dos tipologías de seguro colectivo y dos regímenes de transparencia.”

Realizaremos el diagnóstico diferencial entre ambas Sentencias plenarias -cuya aparente divergencia ha ocasionado cierta perplejidad entre los operadores jurídicos que actúan en el mercado asegurador- empleando dos tipos de criterios distintivos:

A) Diferencias sustanciales

Mientras la Sentencia número 57 de 21 de enero de 2026 trata de un seguro colectivo de accidentes personales “regalado” por un banco a los clientes que domiciliaran su nómina; la número 83 de 28 de enero de 2026 trata de un seguro colectivo de responsabilidad civil profesional de abogados. Resulta obvio que la causa de ambos contratos es por completo diversa: en el primero reside en un “señuelo comercial” vinculado a un depósito bancario de dinero en cuenta corriente mientras que en el segundo seguro estamos ante una garantía esencial para el ejercicio profesional de los abogados y sus clientes. Ello repercute en el sinalagma esencial del contrato de seguro que expresa el art.1 de la LCS: prima versus prestación. Es por ello por lo que la Sentencia número 57 de 21 de enero de 2026 pone el énfasis en la gratuidad para los asegurados del seguro colectivo litigioso; mientras la número 83 de 28 de enero de 2026 no destaca este factor, sin perjuicio que recoja, entre los antecedentes relevantes, que la abogada

asegurada, la Sra. Palmira, realizó sendas ampliaciones de cobertura en el año 2007, hasta 330.000 € y en el año 2010, hasta 360.000 €. Las cuales, sin duda, comportaron el pago de las respectivas primas individualizadas.

“La ‘gratuidad’ no es un detalle: es un criterio estructural que reordena deberes y cargas de información.”

B) Diferencias documentales

El análisis de ambos supuestos de hecho nos revela un diferente nivel de transparencia porquiemientras la Sentencia número 57 de 21 de enero de 2026 constata que, si bien la aseguradora no presentó al cliente asegurado un boletín de adhesión, si le entregó un certificado informativo de las condiciones del seguro; mientras la número 83 de 28 de enero de 2026 tiene por probado en hecho de que la aseguradora no presentó a la abogada asegurada un boletín de adhesión ni le entregó un certificado informativo. Esta falta de información del asegurado resulta, sin duda, de mucha mayor gravedad en el caso de un seguro colectivo de responsabilidad civil profesional de abogados que en el caso de un seguro colectivo de accidentes personales “regalado” por un banco a los clientes que domiciliaran su nómina.

“El salto cualitativo está en la documentación: certificado/adhesión frente a ausencia total de información individual.”

EXCLUSIÓN DEL CONDUCTOR DE LA COBERTURA DEL SOA, AUNQUE EL CAUSANTE DEL ACCIDENTE SEA UN OCUPANTE



JAVIER LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA
Abogado – Doctor en Derecho - Profesor Dº Mercantil
Presidente de la Asociación Española de Abogados
Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro

Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala Cuarta), Asunto C-490/24, de 12 de febrero de 2026. Ponente: Sr. I. Jarukaitis.

SUMARIO: 1. Supuesto de Hecho. 2. Objeto del proceso. 3. Pronunciamientos de Primera y Segunda Instancia. 4. Cuestión Prejudicial planteada al TJUE. 5. Decisión del TJUE. 6. Fundamentación del TJUE. 7. Consideraciones.

Supuesto de Hecho

Los hechos que motivan la cuestión prejudicial se produjeron a finales de 2016. El señor ED se encontraba al volante de un minibus propiedad de un club de fútbol. En el vehículo viajaban también un antiguo entrenador del club y dos socios.

Mientras el minibus circulaba a una velocidad aproximada de 70 km/h, el antiguo entrenador, que se encontraba sentado en la parte trasera, accionó de forma súbita e inesperada el freno de mano. Esta intervención provocó que el vehículo derrapara y colisionara violentamente contra varios pilares. Como resultado del impacto, tanto el conductor, ED, como el socio que ocupaba el asiento del copiloto fueron despedidos del vehículo. Lamentablemente, el copiloto falleció a consecuencia de las heridas sufridas. Por su parte, ED resultó gravemente herido, padeciendo secuelas de carácter muy grave y permanente. Los otros dos ocupantes sufrieron heridas leves.

“La causa inmediata del accidente fue la intervención sorpresiva de un ocupante en la conducción del vehículo.”

El club de fútbol tenía suscrita una póliza de seguro de responsabilidad civil obligatoria con la entidad Nationale Nederlanden.

Adicionalmente, había contratado con la misma aseguradora un seguro voluntario por los daños de los ocupantes y del conductor. ED reclamó a la aseguradora la cobertura de sus daños personales, pero esta se la denegó argumentando, por un lado, que el informe policial indicaba que ED había consumido alcohol y, por otro, que el seguro obligatorio no cubre los daños sufridos por el propio conductor del vehículo.

“La controversia no gira sobre la responsabilidad civil, sino sobre el ámbito personal de cobertura del seguro obligatorio.”

persona que se encuentra al volante de su condición de "conductor" y transformarla, a efectos legales y de cobertura, en un "ocupante" más, y por tanto, en una víctima con derecho a ser indemnizada por el seguro obligatorio del vehículo que manejaba.

Pronunciamientos de Primera y Segunda Instancia

Tribunal de Primera Instancia (rechtbank Noord-Nederland): Este tribunal estimó la demanda de ED. Su razonamiento se basó en que, desde el momento en que el pasajero accionó el freno de mano, ED perdió el control efectivo del minibús. Al no estar ya en condiciones de conducir el vehículo, el tribunal consideró que ya no podía ser calificado como "conductor" en el sentido de la normativa aplicable, pasando a ser una víctima del accidente cuyos daños debían ser cubiertos.

Tribunal de Apelación (Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden): Nationale Nederlanden recurrió la sentencia. El Tribunal de Apelación anuló la decisión de primera instancia, adoptando una postura contraria. Sostuvo que ED no había perdido su condición de conductor. Para ello, argumentó que ED seguía siendo la persona que se había colocado tras el volante, había puesto en marcha el vehículo, había determinado su velocidad y había elegido la dirección de la marcha. En definitiva, manejaba los mandos del vehículo, y el hecho de que un tercero realizara una "acción de conducción" puntual y sorpresiva no alteraba su estatus jurídico fundamental como conductor del vehículo.

Cuestión Prejudicial planteada al TJUE

Ante la discrepancia entre las instancias inferiores, el Hoge Raad der Nederlanden (Tribunal Supremo de los Países Bajos) elevó la cuestión al Tribunal de Justicia de la Unión Europea, planteando, en esencia, la siguiente cuestión prejudicial:

- ¿Debe interpretarse el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103/CE en el sentido de que el seguro obligatorio de responsabilidad civil debe cubrir los daños sufridos por el conductor (inicial) cuando un ocupante interviene en la conducción del vehículo y, como consecuencia de dicha intervención, se produce un accidente?

Decisión del TJUE

El Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala Cuarta), en su sentencia de 12 de febrero de 2026, declara:

El artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103/CE [...] debe interpretarse en el sentido de que los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles previsto en esa Directiva, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención.

Dado que la respuesta a la primera cuestión fue negativa, el Tribunal consideró que no procedía responder a la segunda cuestión prejudicial.

Fundamentación del TJUE

El TJUE basa su decisión en una interpretación sistemática de la Directiva, atendiendo a su tenor literal, su contexto y sus objetivos.

1. Interpretación Literal: El Tribunal subraya que el texto del **artículo 12, apartado 1**, es inequívoco al establecer la cobertura para "todos los ocupantes, **con excepción del conductor**". La Directiva no define los términos "conductor" u "ocupante", por lo que debe acudirse a su sentido habitual. El "conductor" es quien dirige el vehículo, mientras que el "ocupante" es transportado sin dirigirlo. De esta distinción se deduce que, en principio, solo puede haber un conductor, que es quien se encuentra a los mandos.

2. Interpretación Contextual: El TJUE analiza la Directiva en su conjunto y observa que la figura del conductor se distingue sistemáticamente de las demás categorías de víctimas (ocupantes, peatones, ciclistas, etc.). Las categorías de víctimas se definen, en gran medida, por oposición a la del conductor. Además, el Tribunal recuerda la distinción fundamental entre la **obligación**

de cobertura del seguro (regulada por el Derecho de la Unión) y el **alcance de la indemnización según la responsabilidad civil** (regida por el Derecho nacional). La intervención del pasajero es relevante para determinar la responsabilidad civil en el ámbito nacional, pero no para modificar el ámbito personal de cobertura del seguro obligatorio definido por la Directiva.

3. Interpretación Teleológica (Finalidad de la Norma): El objetivo principal de la Directiva es la protección de las víctimas de accidentes. El TJUE argumenta que admitir que el conductor pueda perder su condición por la intervención de un ocupante socavaría este objetivo por dos razones:

- **Crearía inseguridad jurídica:** La condición de conductor dependería de "circunstancias fácticas aleatorias".
- **Generaría un efecto contraproducente:** Si la persona al volante dejara de ser el conductor, el ocupante que intervino en la conducción pasaría a asumir dicha condición. Como consecuencia, este ocupante quedaría excluido de la protección que la Directiva pretende otorgar a los terceros víctimas, lo cual es contrario a la finalidad de la norma.

Finalmente, el Tribunal señala que la evolución legislativa en la Unión Europea ha mantenido de forma constante y explícita la exclusión de los daños sufridos por el conductor de la cobertura del seguro obligatorio, sin admitir más distinción que la existente entre el conductor y los terceros víctimas.

En conclusión, la intervención de un pasajero, aunque sea la causa del accidente, no altera la condición jurídica de la persona que se encuentra a los mandos del vehículo, quien sigue siendo el "conductor" a efectos de la Directiva y, por tanto, sus daños personales quedan excluidos de la cobertura del seguro obligatorio de responsabilidad civil.

Aplicación a supuestos similares en España

La sentencia dictada el 9 de mayo de 2023 por la Audiencia Provincial de Murcia, Sección 5ª, con sede en Cartagena, en el recurso de apelación n.º 440/2021, dimanante del juicio ordinario n.º 17/2017 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 1 de San Javier, condena a una aseguradora a indemnizar con 1,8 millones a un hombre que, ocupando el

asiento del conductor de un vehículo, quedó tetrapléjico, tras el siniestro provocado por el giro brusco del volante realizado por la persona que ocupaba el asiento del copiloto.

“Condena a una aseguradora a indemnizar con 1,8 millones a un hombre que, ocupando el asiento del conductor de un vehículo, quedó tetrapléjico.”

No se discute, como detalla la sentencia, que en agosto de 2016 el vehículo circulaba a más de 80 km por hora (en una autovía con un límite de velocidad genérico de 120 km/h), cuando el ocupante del asiento derecho del coche gira el volante de forma brusca y sorpresiva, provocando la salida de la vía.

La Audiencia centra el debate jurídico en determinar quién puede ser considerado, a efectos del seguro obligatorio, conductor en el momento en el que se produjo el accidente, y si quien ocupa el asiento derecho podía ser o no un tercero, cubierto por el seguro de responsabilidad civil generada por el uso del turismo, dejando patente que la cuestión planteada “se presenta complicada de resolver y sujeta a las interpretaciones que pueda darse a las normas reguladoras”.

Tras el análisis de lo ocurrido, los magistrados concluyen que “no es posible considerar en ese momento como conductor del turismo a quien ocupaba el asiento izquierdo que nada puede hacer por evitar el accidente” y que “carecía del control del vehículo, pues el elemento principal de dirección no estaba bajo su dominio” al haberlo asumido el copiloto de forma sorpresiva, provocando la salida de la vía. Y, por tanto, y afirman que era este último, el copiloto, quien “tenía el control principal del mismo, es decir, lo conducía”, siendo el que ocupaba el asiento derecho “un tercero” respecto al accidente ocasionado.

En definitiva, concluye la sentencia, en lo que se refiere a este accidente, el ocupante del asiento derecho “no era en la práctica y realmente, el conductor que podía dirigir y controlar el turismo, sino un tercero”, y “debe ser indemnizado en virtud del contrato de seguro en vigor, relativo al vehículo cuya utilización (lo acaecido es un hecho de la circulación) le generó las lesiones que padece”

“Aunque no se considerase conductor a estos efectos al causante del siniestro -subraya la resolución respecto a quien ocupaba el asiento del copiloto-, está claro que el mismo era un usuario del turismo que ocasiona con su acción daños a un individuo (y que no hay mayores problemas para entender cubiertos por el seguro del coche en cuanto afectan a otras personas)”.

Frente a esa sentencia se tramita procedimiento de CASACIÓN núm. 7392/2023, en el que con fecha 4 de junio de 2025 se dictó Auto por la SALA PRIMERA DEL TRIBUNAL SUPREMO por el que se ACUERDA admitir los recursos extraordinarios por infracción procesal y de casación interpuestos por la representación procesal de la aseguradora contra la sentencia de 9 de mayo de 2023 dictada por la Audiencia Provincial de Murcia, Sección 5.ª, con sede en Cartagena, en el recurso de apelación n.º 440/2021, dimanante del juicio ordinario n.º 17/2017 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 1 de San Javier, que se encuentran pendientes de resolución, y a cuyo resultado podría afectar sin duda la sentencia del TJUE que analizamos en esta nota, la cual deja claro que la condición de conductor no se pierde por la intervención de un tercero, afirmando que una acción externa de un ocupante que prive al conductor del control efectivo del vehículo no modifica su estatus legal a efectos de la cobertura del seguro obligatorio.

Consideraciones

El núcleo de la Sentencia del TJUE de 12 de febrero de 2026 es, efectivamente, la **exclusión de la cobertura del seguro obligatorio para los daños sufridos por el propio conductor**, incluso en circunstancias tan excepcionales como la intervención de un tercero en la conducción.

Analicemos los puntos clave de la sentencia que refuerzan esta idea, basándonos exclusivamente en el documento proporcionado:

1. **Distinción Fundamental e Inalterable:** La Directiva 2009/103/CE establece una distinción clara y fundamental entre el "conductor" y los "ocupantes". El TJUE subraya que esta distinción es un pilar del sistema de seguro obligatorio. Como se

indica en el apartado 36 de la sentencia, permitir que la intervención de un ocupante prive al conductor de su condición "menoscararía tanto la distinción fundamental entre conductor y tercero víctima [...] como la distinción entre la obligación de cobertura por dicho seguro y el alcance de la indemnización".

2. **Concepto de "Conductor":** El tribunal define al conductor en su sentido corriente: "quien se encuentra a los mandos o al volante del vehículo y lo dirige" (apartado 27). En el caso analizado, aunque el control efectivo se vio comprometido por la acción del pasajero, la persona al volante (ED) no perdió en ningún momento su condición jurídica de conductor.
3. **Seguridad Jurídica:** El TJUE advierte que admitir un cambio en la condición de conductor en función de "circunstancias fácticas aleatorias" generaría una gran inseguridad jurídica, lo cual es contrario al objetivo de protección de la Directiva (**apartado 40**).
4. **Fallo Concluyente:** La parte dispositiva de la sentencia es tajante y no deja lugar a dudas:

"El artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103/CE [...] debe interpretarse en el sentido de que los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles previsto en esa Directiva, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención."

Esta interpretación del TJUE es plenamente coherente con la legislación española. El artículo 5, ámbito material y exclusiones, del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor establece claramente en su primer apartado:

"1. La cobertura del seguro de suscripción obligatoria no alcanzará a los daños y perjuicios ocasionados por las lesiones o fallecimiento del conductor del vehículo causante del accidente."

En resumen, la sentencia blinda la figura del conductor como un sujeto excluido de la cobertura del seguro obligatorio por sus propios daños, manteniendo una línea clara y predecible que separa al responsable del riesgo (el conductor) de las víctimas a proteger (los ocupantes y otros terceros). La responsabilidad civil es una cuestión distinta a la cobertura del seguro, por lo que el hecho de que el ocupante pueda ser considerado civilmente responsable del accidente según la legislación nacional no altera el ámbito de aplicación personal del seguro obligatorio definido por la Directiva.

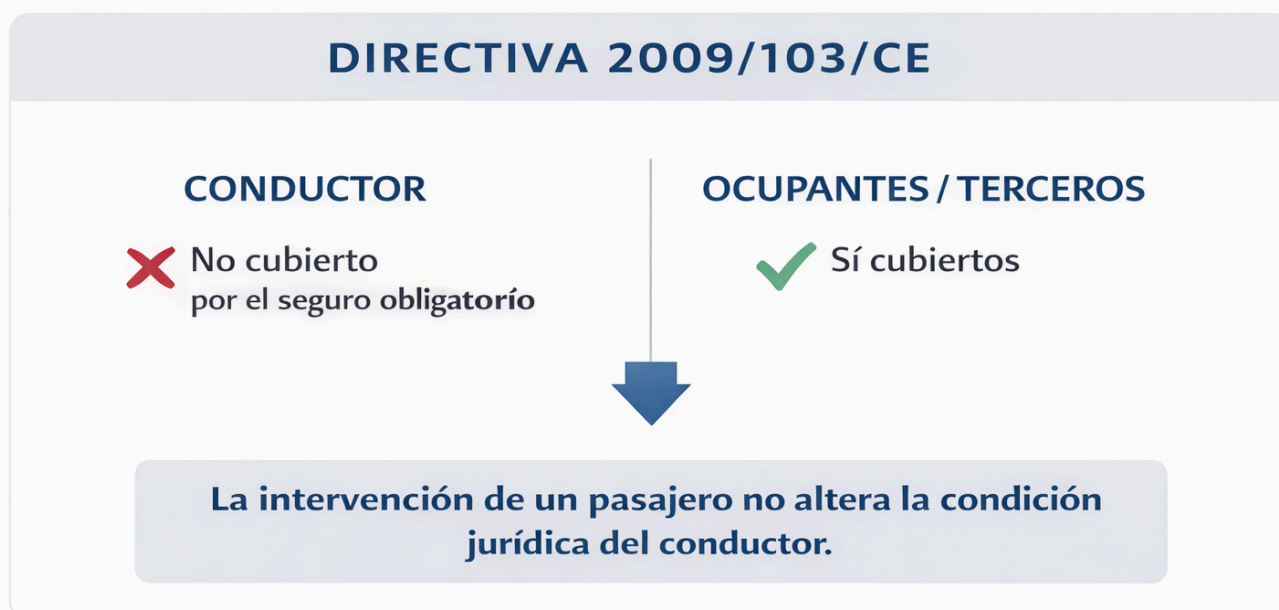


Figura final. Síntesis de la doctrina del TJUE sobre la exclusión del conductor del ámbito del seguro obligatorio.

¿QUÉ OCURRE CUANDO LA ASEGURADORA SE RETRASA EN EL PAGO DEL RESCATE?



POR ÁLVARO REQUEIJO TORCAL

Responsable de Regulación Financiera y Seguros
Álvaro Requeijo Abogados, S.L.P

La aplicación de los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro ("**LCS**") es pacífica en los casos en que la entidad aseguradora se demora en el pago de la indemnización, siempre que dicha demora no esté fundada en causa justificada o no le fuere imputable a la propia aseguradora.

El propio artículo 20 LCS establece que "Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios" habrá de ajustarse a una serie de reglas, algunas de las cuales se refieren expresamente a la satisfacción de la "indemnización".

La LCS se refiere de forma poco sistemática, según el artículo que se consulte, a la "indemnización" o a la "prestación". En el artículo 1 LCS se habla incluso de la obligación de "indemnizar [...] el daño producido al asegurado [...] u otras prestaciones convenidas". Pero parece poco discutible que artículo 20 está pensando en la mora en el pago de la indemnización.

Por tanto, para determinar si los intereses moratorios pueden o no resultar de aplicación al retraso en el pago del rescate, debemos descartar que el artículo 20 LCS se refiera a conceptos distintos a la indemnización. Por el contrario, podemos analizar **(i)** cuál es el **espíritu y finalidad** de este régimen de intereses moratorios; **(ii)** si la **naturaleza del derecho de rescate** es o no asimilable a la indemnización a estos efectos; y **(iii)** el sentido de la **jurisprudencia**.

Espíritu y finalidad

La redacción del artículo 20 LCS parece confundir **(a) intereses compensatorios**, que forman parte integrante del daño por parte de un tercero perjudicado por un hecho ilícito, computables desde que se produce el hecho ilícito; con **(b) intereses moratorios**, que se deben por el deudor que se encuentra en mora. La contradicción existente se manifiesta al establecer que se entiende producida la mora cuando se produce el impago en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro (regla 3ª), pero estableciendo sin embargo el cómputo inicial de dichos intereses en la propia fecha del siniestro (regla 6ª). Esto es, el *dies a quo* se establece con carácter retroactivo desde el momento en que se produce la mora.

"El artículo 20 LCS mezcla lógica indemnizatoria y lógica sancionadora en un mismo régimen de intereses"

Se trata de un régimen de mora poco ortodoxo, sin correspondencia en el derecho comparado, cuyo objetivo no es tanto resarcir al asegurado por los daños sufridos, sino más bien establecer una penalización que incentive a la aseguradora a cumplir rápidamente con sus obligaciones con una diligencia superior a la habitualmente exigible a cualquier deudor. Entre otras razones, porque el importe de la indemnización debida al asegurado procede de las primas recaudadas por la aseguradora.

"La mora en el seguro no responde a un modelo clásico, sino a un mecanismo de presión económica reforzada"

Desde un punto de vista teleológico, si para evitar situaciones de abuso a consumidores se le exige a la aseguradora una diligencia especial en el pago de la indemnización, parece razonable pensar que esa misma diligencia debería ser extensible a cualesquiera otro emolumento como el importe rescate que, recogido en el contrato de seguro, deba la aseguradora al tomador o asegurado.

Naturaleza del derecho de rescate a efectos de mora

Los Unit Linked son seguros de personas (Título III LCS) distintos de los seguros contra daños (Título II LCS). En los seguros de personas resulta más discutible la existencia de un interés asegurable, entendido como la relación susceptible de valoración económica entre el asegurado y el bien objeto de cobertura. Es justamente esa relación controvertida entre el interés asegurable y la vida de una persona, la que justifica la existencia de un derecho de rescate.

Es más, la relación entre el derecho de rescate, la prima y la cobertura por fallecimiento es indiscutible, hasta el punto de que el artículo 83 LCS permite los seguros para caso de muerte sobre menores de 14 años para el caso de que la cobertura por fallecimiento sea inferior a la prima satisfecha o al valor de rescate.

En este sentido, en ciertos supuestos el ejercicio del derecho de rescate es asimilable a un derecho de anticipo de la indemnización garantizada por el seguro. El artículo 87 LCS equipara el derecho de rescate al de anticipo al regular la revocación de designación de beneficiarios.

“El derecho de rescate puede operar, en determinados supuestos, como un anticipo económico de la indemnización comprometida por la aseguradora”

Aunque pueda parecer evidente, una vez satisfecho un rescate total, el tomador ya no podrá percibir la indemnización a vencimiento. Desde un plano puramente económico, son sustitutivos.

Resulta ilustrativo que en los condicionados generales de pólizas Unit Linked, el derecho de rescate suele recogerse en sede de “garantías” y si atendemos en particular a los seguros para el caso de supervivencia, el pago de la indemnización a fecha de vencimiento se calcula neta de rescates parciales. Esto quiere decir que operativamente, los rescates parciales, funcionan como una suerte de

anticipos de la indemnización a fecha de vencimiento. Circunstancia esta que justifica la existencia de penalizaciones para situaciones de rescates muy tempranos.

Podríamos llegar a interpretar que, en la medida en que el derecho de rescate es relativamente asimilable a un anticipo respecto de la indemnización comprometida por la aseguradora, esta última debería operar con el mismo nivel de diligencia a la hora de pagar un rescate que a la hora de pagar una indemnización.

“Si el rescate es prestación anticipada, su pago exige igual diligencia reforzada”

No obstante, dado el tenor literal de la norma, para evitar conflictos interpretativos, no estaría de más tratar de regular en el contrato de Unit Linked, que el retraso en el pago del rescate (parcial o total) está sujeto al régimen penitencial del artículo 20 LCS.

Jurisprudencia

Si bien la jurisprudencia en relación con el artículo 20 LCS se refiere exclusivamente a retrasos en el pago de indemnizaciones, existe una SAP de Cuenca de 10 de abril de 1997 (AC\1997\990) que puso fin a un procedimiento en el que el demandante había solicitado el rescate y la entidad aseguradora incurrió en mora al satisfacer el pago. De acuerdo con dicha Sentencia:

“El tema, pues, a resolver se centra en la reclamación de intereses que el recurrente aduce en su apelación y que, como efecto derivado de la falta de pago, debe ser decidido en opuesto sentido al de la sentencia recurrida. El concepto de «multa penitencial» que el recargo de intereses del art. 20 LCS tiene, exigible cuando obedezca a causa no justificada o que fuere imputable al asegurador, se conecta con el derecho del asegurado a reclamar el importe del rescate de la póliza suscrita y el deber del asegurador de pagarla, obligación que surge desde el mismo momento en que éste incumple o demora su pago”.

Conclusión

Resulta discutible que los intereses del artículo 20 LCS puedan aplicarse en todo caso al retraso en el pago del rescate. Habrá que estar al caso concreto y, en cualquier caso, será siempre positivo que el contrato prevea expresamente la aplicación de dicho régimen al derecho de rescate.

No obstante, la **finalidad punitiva que los intereses moratorios** tienen para la aseguradora en pos la protección de tomadores y asegurados, unida a las **particularidades del interés económico asegurable en los seguros de vida** y la **relación existente entre rescate e indemnización a vencimiento**, invitan a pensar que la aplicabilidad del artículo 20 LCS al derecho de rescate podría ser una interpretación razonable según el caso.

LAS RELACIONES ENTRE LA MUTUALIDAD Y LOS MUTUALISTAS

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, núm.1937/2025, nº recurso: 6818/2020, de 22 de diciembre. Ponente. Excmo. Sr. D. Pedro J. Vela Torres



POR FÉLIX BENITO OSMA
Prof. Dr. de Derecho Mercantil y Derecho del Seguro. Universidad Carlos III de Madrid.
Secretario General de SEAIDA

Sumario: 1. Supuesto de Hecho. 2. Objeto del proceso. 3. Pronunciamientos 1ª y 2ª instancia. 4. Pronunciamiento de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo. 5. Decisión de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo. 6. Consideraciones.

1. Supuesto de hecho

Mutualista afiliado en la Mutualidad General de Previsión Social de la Abogacía (en adelante, la Mutualidad) desde el 1 de enero de 1993. En su

título de mutualista consta que se excluye de la cobertura de invalidez permanente: «el asma y las consecuencias que pudieran derivarse». Mutualista que el 25 de abril de 2017, tras una reclamación hecha a la Mutualidad el 6 de julio de 2016 y otras dos a la Comisión de la Mutualidad, se le reconoce el derecho al devengo de la prestación en el grado de incapacidad permanente absoluta por esta patología (del asma, sufrió epilepsia focal sintomática, crisis de ausencia, numerosos episodios de afasia, bloqueo auriculoventricular, etc.), para lo cual debía causar la baja en el ejercicio de la Abogacía. La prestación mensual reconocida por incapacidad permanente absoluta asciende a un importe de 601,10 euros.

2. Objeto del proceso

El 6 de julio de 2017, el mutualista presenta una reclamación ante la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado de la Mutualidad. Solicita la prestación de incapacidad permanente por importe de 1.200 euros mensuales, en lugar de los 601,10 euros que percibía.

El 12 de julio de 2017, la reclamación fue desestimada. La Comisión de Reclamaciones fundó su decisión en el acuerdo adoptado por la Asamblea General de la Mutualidad el 30 de junio de 2007. La Asamblea General de la Mutualidad adoptó un acuerdo por el que la cobertura de incapacidad permanente, en la generalidad de los casos y salvo que los mutualistas hubiesen individualmente solicitado una mejora de la cobertura, que estaba establecida en una renta de 600 euros mensuales, sería incrementada a 1.200 euros mensuales, gradualmente en tramos de 200 euros mensuales cada año, a partir del 1 de octubre 2007, 2008 y 2009 y llevaría aparejada como contraprestación, un incremento de la cuota correspondiente en igual proporción y tramos.

“El acuerdo de 2007 estableció un incremento general de la prestación, pero condicionado al perfil y situación individual de cada mutualista”

Quedaron exceptuados de dicha medida general, entre otros, los mutualistas que tuvieran excluida o limitada previamente la cobertura de la incapacidad permanente. Esos mutualistas que se encontraran en esos supuestos podían solicitar el incremento de forma voluntaria, siempre que fuera posible de acuerdo con las normas de selección de riesgos y los límites de edad para la contratación de esta cobertura.

En aplicación al caso de este acuerdo supone que no le corresponde el incremento automático del importe de la cobertura, habida cuenta que tenía condicionada dicha garantía mediante una cláusula que figuraba en su propio título de mutualista y que nunca solicitó el incremento de la cobertura y de la prestación de forma voluntaria.

“La exclusión operó por aplicación automática del acuerdo asambleario y por la falta de solicitud individual del mutualista”

El mutualista formuló una demanda contra la Mutualidad en la que solicita que se declarase que no le resulta aplicable la exclusión que le impide acogerse al incremento o aumento de la prestación por incapacidad permanente de 601,10 euros a 1.200 euros mensuales hasta la edad de jubilación, según el acuerdo de la Asamblea General de la Mutualidad de 2007.

3. Pronunciamientos 1ª y 2ª instancia

3.1. PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado de Primera Instancia estima la demanda de aumento de la prestación hasta su jubilación y declara que la exclusión no le resulta de aplicación permitiéndole el aumento de la pensión por incapacidad permanente. Constituía una cláusula limitativa de los derechos del asegurado en tanto que no había sido aceptada expresamente por el mutualista.

3.2. SEGUNDA INSTANCIA

La Audiencia Provincial revoca la sentencia en segunda instancia, desestimando la demanda. El acuerdo de la Mutualidad era válido en tanto que no había sido impugnado por el mutualista.

El demandante había aceptado las condiciones particulares donde consta la exclusión, sin que en el plazo previsto hubiera manifestado su disconformidad.

4. Pronunciamiento de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo

4.1. Recurso formulado por el mutualista por infracción procesal al amparo del art. 469.1. 2º LEC. Infracción de los arts. 209.2ª, 214.3, 216, 217.3 y 218.2 LEC.

La parte alega que la sentencia incurre en un error manifiesto al considerar que los documentos mediante los que se remitía al demandante las condiciones particulares estaban firmados por él, cuando no es así, ya que basta su mero examen para comprobar que no contienen la firma alguna. En los supuestos en que se pretenda obtener mediante el recurso extraordinario una revisión de la valoración probatoria, porque se alegue una valoración patentemente errónea o arbitraria, ha de plantearse la cuestión mediante la formulación de un motivo amparado en el artículo 469.1. 4º LEC (vulneración del derecho fundamental a la tutela judicial efectiva).

Se desestima por error de planteamiento en la formulación del recurso, no por el artículo 469.1. 2º sino que la alegación debe formularse por el art. 469. 1.4º LEC.

“El Tribunal Supremo rechaza el recurso por un defecto técnico en su formulación, al haberse invocado un cauce procesal incorrecto”

4.2. Recurso de casación. Único motivo.

Cláusula limitativa. Infracción del artículo 3 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro (LCS).

1.El acuerdo de la asamblea general de la Mutualidad celebrada el 30 de junio de 2007 no fue notificado al mutualista.

2. La exclusión constituye una cláusula limitativa de los derechos del asegurado, que debe haber sido específicamente aceptada por escrito.

5. Planteamiento jurídico y decisión de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo

5.1. Planteamiento jurídico de la Sala 1ª:

1. La sentencia 941/2007, de 24 de septiembre, conforme a la regulación de las mutualidades de previsión social contenida en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (LOSSP), su actuación está condicionada por la interacción:

(i) por una parte, entre los derechos que derivan de la condición de asegurados de los socios, que es inseparable de la de mutualista (art. 43.2.b LOSSP), razón por la cual resulta aplicable a los mutualistas la LCS en los aspectos derivados del régimen de aseguramiento como asegurados o tomadores del seguro (sentencia 206/2006, de 23 de febrero); y,

(ii) por otra, de los principios de participación, igualdad y gratuidad que derivan del carácter colectivo y mutual mediante el que se gestiona el aseguramiento (art. 43 LOSSP), en un régimen propio de las que una parte significativa de la doctrina caracteriza como entes societarios con base mutualista, caracterizados porque los socios son destinatarios directos de los servicios gestionados por la sociedad.

“La Mutualidad opera en una doble dimensión: contractual como aseguradora y societaria como entidad de base mutual”

2.-Conforme a estos principios de carácter colectivo y mutualista señala:

2.1. Las condiciones contractuales de los mutualistas, como asegurados o tomadores del seguro, no siempre son invariables. En este caso, están sujetas a las modificaciones que, con arreglo al principio democrático por el que se rigen los entes societarios, puedan introducirse por parte de los órganos de la Mutualidad legitimados para ello, con arreglo a lo previsto en sus estatutos.

La relación entre las aportaciones y prestaciones debe ser la estatutariamente establecida con sujeción al principio de igualdad y circunstancias que concurren en los mutualistas.

2.2. En el caso de la Mutualidad General de Previsión de la Abogacía los «títulos de mutualista» expedidos por la Junta de Gobierno, son equivalentes a las pólizas del contrato de seguro.

2.3. Las relaciones entre la Mutualidad y los mutualistas se rigen, además de por la LOSSP y la LCS, por los Estatutos de la Mutualidad General de la Abogacía y los Reglamentos de las distintas Prestaciones, de manera que la Asamblea General de la Mutualidad puede adoptar acuerdos que modifiquen el título de mutualista o los Reglamentos de las

prestaciones.

2.4. La vinculación contractual entre el mutualista como tomador del seguro y la Mutualidad de la Abogacía está, pues, sujeta al régimen de modificación de las prestaciones, según se infiere de manera inequívoca de los Estatutos.

“En el ámbito mutual, las prestaciones no son inmutables, sino susceptibles de revisión conforme al principio democrático estatutario”

2.5. La invocación del art. 3 LCS ante una modificación de las prestaciones realizadas por la Mutualidad no es adecuada, porque dicho precepto tiene como finalidad garantizar el principio de transparencia en las relaciones entre los aseguradores y los tomadores del seguro o asegurados.

2.6. El artículo 3 LCS carece de virtualidad cuando se trata de acuerdos adoptados con arreglo al principio democrático según la normativa estatutaria en una entidad de seguros de carácter mutual, pues en este caso la intervención directa de los socios es el elemento fundamental para garantizar la transparencia en la adopción de los acuerdos y el conocimiento de los mismos, de tal suerte que el cumplimiento de los requisitos formales necesarios para la validez de los acuerdos y para su efectividad.

“El artículo 3 LCS no resulta aplicable cuando la modificación deriva de un acuerdo asambleario adoptado conforme a los estatutos”

2.7. Puede combatirse cuando resulta lesivo para los intereses de la Mutualidad en perjuicio de los derechos de unos determinados mutualistas en beneficio de otros.

2.8. Esta modalidad de relación jurídica no agota su contenido en la relación bilateral entre la Mutualidad y el socio, dado que resulta posible la reducción o modificación de las prestaciones por la Asamblea General en aplicación del principio de participación, por lo que un acuerdo en tal sentido únicamente

puede ser anulado desde la perspectiva de la vinculación contractual, si se demuestra su carácter abusivo o lesivo, en contra del interés de la Mutualidad, para unos mutualistas en beneficio de otros.

2.9. Cuando se trata de un seguro concertado bilateralmente, se incorpora causalmente al mismo de acuerdo con las condiciones establecidas de manera invariable en la póliza, salvo que sean lesivas o nulas por falta de transparencia, tiene un sentido distinto cuando se trata de un seguro organizado y gestionado con arreglo al principio mutual, pues en tal caso el equilibrio de prestaciones está condicionado, en virtud del principio de participación de todos los mutualistas, a su reconsideración mediante la modificación de prestaciones o cuotas prevista estatutariamente cuando varía la situación económica de la mutualidad o las circunstancias de los mutualistas.

2.10. No estamos ante derechos adquiridos en la medida en que las reglas estatutariamente aprobadas permitan o exijan una modificación del equilibrio establecido.

5.2. Decisión

1. Acuerdo adoptado por la Asamblea general de mutualistas. Condición general de los contratos incorporada por previo acuerdo expreso de los mutualistas. Se trata de una condición general del contrato adoptada democráticamente por los mutualistas en la Asamblea General. Condición general de los contratos que se incorpora previo acuerdo expreso de los mutualistas en dicha asamblea general, que no fue impugnado.

2. No constituye una cláusula limitativa de los derechos del asegurado. Conocimiento del mutualista-asegurado sin manifestar su disconformidad en plazo.

El acuerdo de la asamblea general no es una cláusula limitativa de los derechos de los asegurados, que tenga que ser expresamente aceptada por el mutualista.

El mutualista fue quien aportó las condiciones particulares por lo que no puede negar su conocimiento y deja de transcurrir el mes previsto en ellas para manifestar su disconformidad.

Se trata de una cláusula de un contrato de seguro que nunca puede ser limitativa porque el acuerdo litigioso no suprime prestaciones para los asegurados, ni elimina derechos, sino que aumenta las prestaciones aseguradas en el

Plan Universal para la incapacidad permanente respecto de aquellos mutualistas que cumplieran las condiciones expresadas en el propio plan universal.

3. El mutualista no tiene derecho al aumento de las prestaciones en tanto que su cobertura por el contrato de seguro suscrito estaba limitada desde su inicio con su adscripción al plan universal.

6. Consideraciones

Nos encontramos con relaciones jurídicas indivisibles, que son constituidas por el mero hecho de su adscripción o afiliación alternativa[1], al plan universal promovido por el Colegio Profesional de la Abogacía a través de la Mutualidad de la Abogacía como modalidad aseguradora[2], donde la condición de mutualista de la Mutualidad resulta inseparable de la relación de seguro como tomador-asegurado.

“La condición de mutualista y la de tomador-asegurado forman una relación jurídica indivisible”

Ese título de mutualista atribuye a su afiliado o asociado dos tipos de contratos y condiciones[3]: una de tipo societaria, convirtiéndose el solicitante en socio-mutualista, con un estatuto jurídico propio de socio mutualista y, por otro lado, en tomador-asegurado, como solicitante- contratante y titular de los derechos de la póliza de seguro dentro de la relación de seguro con cobertura de jubilación, incapacidad permanente, incapacidad temporal, incluyendo maternidad y paternidad y riesgo durante el embarazo; y fallecimiento como cobertura de riesgo que pueda dar lugar a viudedad y orfandad. De tal modo que el régimen jurídico aplicable entre la Mutualidad y el mutualista será la legislación que regula la actividad aseguradora y societaria según su tipo social (art. 43 y DT1ª y 7ª LOSSEAR[4]) junto con la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro (LCS), sin perjuicio de lo establecido en los estatutos sociales y en el reglamento de prestaciones. Así puede verse esta consideración en la STS, Sala de lo Civil (Sala 1.ª), de 23 de febrero de 2006 (RJ 2006/5737): “La Ley de Contrato de Seguro tiene una aplicación general a todas las modalidades del contrato de seguro, en

defecto de Ley que les sea aplicada. Es decir, reconoce la existencia de Leyes especiales para algunas modalidades de contrato de seguros. Una distinción puede ser la que atienda a la naturaleza del asegurador, es decir, según sea una sociedad anónima o una sociedad o asociación mutua. Mientras que no plantea cuestión lo referente a la aplicación del régimen contenido en la Ley de Contrato de Seguro (o en su caso, las disposiciones específicas a ciertas clases de seguro) a la relación del asegurado con el asegurador que sea una sociedad anónima, ha surgido tradicionalmente la cuestión de la aplicabilidad de las normas del contrato de seguro a la relación entre el mutualista y la sociedad mutua, como aseguradora. En la actualidad, tal cuestión parece resuelta, ya que dada la vinculación necesaria entre la condición de mutualista y tomador de seguro o asegurado establecida por el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, (Ley 30/1995), se entiende que, sin perjuicio de las normas aplicables al mutualista en su condición de socio, será de aplicación la Ley de Contrato de Seguro a la relación jurídica en su condición de tomador de seguro o asegurado, sin perjuicio de los pactos convenidos en los Reglamentos o la pólizas convenidas con la Mutualidad”.

“La LCS se aplica al mutualista en su condición de asegurado, sin perjuicio de su estatuto societario”

De tal manera, que pudiera argumentarse que funciona al estilo de pólizas de seguro colectivo o de grupo donde existe la característica común de pertenencia del tomador asegurado al grupo- profesional de la abogacía-, mediante un sistema de capitalización individual en estos momentos a partir del año 2005, ya que, que, lo fue de sistema capitalización colectiva con anterioridad a dicha fecha. En este tipo de pólizas no sólo el tomador del seguro sino cada asegurado debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas en los términos del artículo 3 LCS [STS, Sala 1ª, núm. 715/2013, de 25 de noviembre (RJ 2013/7637)]. El reglamento de prestaciones puede ser derogado o modificado con posterioridad por un acuerdo de la Asamblea General en virtud del principio mutualista y de participación,

según los Estatutos. Ello supone que sean la fuente normativa creativa, modificativa y extintiva del contenido de derechos y obligaciones que, como tal, debe ser conocido por el mutualista y asegurado. Hace hincapié el TS que ese acuerdo de la Asamblea General amplía derechos, pero no propiamente al solicitante en tanto que no cumple con la condición establecida dado que su póliza tiene la exclusión incorporada en la condición estipulada. Aquí lo que se plantea es si el acuerdo adoptado por la Asamblea es limitativo de derechos, permitiendo reconducir la cuestión desde el punto de vista societario mediante la vía de la impugnación del acuerdo en tiempo y forma por su carácter abusivo o lesivo en virtud de la invocación del principio de transparencia en la toma de decisiones por el órgano de deliberación y representación de la Mutualidad, así como del interés social o de la Mutualidad. Frente a ello, con independencia de la firma de las condiciones particulares no puede negar su conocimiento, dejando transcurrir el mes previsto en ellas para manifestar su disconformidad.

“Los acuerdos asamblearios pueden modificar prestaciones, pero sólo son impugnables si resultan abusivos o lesivos para el interés mutual”

Esa cláusula del reglamento de prestaciones en tanto que constituye una exclusión de cobertura no puede ser limitativa, aunque no sea por cumplimiento de la condición de la facultad de ampliación de la prestación por incapacidad permanente que da origen a la modificación. Como tal, no resulta que pudiera invocarse, la aplicación de la LCS, concretamente el artículo 3, porque el equilibrio del contrato de seguro concertado bilateralmente es distinto del seguro concertado y gestionado con arreglo al principio mutual. Por ello, reconoce que una condición general de los contratos debe cumplir con el control de transparencia, aunque no sean impuestas, sino que derivan de un pacto u acuerdo expreso modificativo proveniente de la Asamblea general y en definitiva de los mutualistas. Ello, significa reconocer en última instancia que ha de quedar salvaguardado el principio

general de transparencia tanto en lo que se refiere a la vinculación societaria como en la contratación seriada de seguro, en tanto no sean lesivas las condiciones para los mutualistas[5].

[1] DA18ª 1-3 y DA19ª del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Modalidad aseguradora "alternativa" a los efectos de su afiliación/alta en el sistema de la Seguridad Social, El interesado puede optar entre darse de alta en el RETA o en la Mutualidad, sin que, en caso de opción por el primero, impida la incorporación simultánea en la Mutualidad, que pasa a ser complementario en lugar de básico obligatorio como así establece la jurisprudencia y la propia ley, como modalidad aseguradora de carácter voluntario complementaria al sistema público (art. 43.1 LOSSEAR).

[2] Sentencia de la Audiencia Provincial de Granada (Sección 5ª), núm.351/2019, de 12 julio JUR\2020\18697: <<Por tanto, a partir del 1 de julio de 1996, se ofrece al abogado colegiado ejerciente optar por alguna de las siguientes obligaciones: a) estar incluido sólo en el RETA; b) estar incluido solo en la Mutualidad; y c) estar incluido en el RETA y en la Mutualidad, actuando en este caso la Mutualidad como un sistema complementario de protección privada al público". Y la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, sede de Valladolid, de 30 de enero de 2013 dice:"...la Mutualidad General de la Abogacía aunque es una entidad privada sin ánimo de lucro, no es menos cierto, por un lado, que, como también se hace constar en el párrafo segundo del art. 1 de sus Estatutos, "ejerce fundamentalmente una modalidad aseguradora de carácter voluntario, alternativo y complementario al sistema público de Seguridad social mediante aportaciones a prima fija de los mutualistas", rigiéndose por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre , de ordenación de Seguros Privados y demás disposiciones generales aplicables a las Mutualidades de Previsión Social...>>.

[3]. Véase TIRADO SUÁREZ, F.J., "La relación mutualista-asegurado en el Derecho del Seguro vigente", VV.AA., Derecho de Sociedades. Libro Homenaje a Fernando Sánchez Calero, Volumen v., McGrawhill, Madrid, 2002, pp. 4481-4506.

[4]. Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de mutualidades de previsión social;

[5]. Resulta de interés el trabajo de SÁNCHEZ CALERO, F., "Las Mutualidades y el movimiento de defensa del consumidor" Revista Española de Seguros (RES), núm. 26, 1982, pp. 154 y ss, donde ya manifestaba la utilidad e incremento de la información al mutualista en su doble vertiente de socio y asegurado más todavía por el crecimiento de la Mutualidades y de la condición de consumidor del asegurado.



Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros

Jornada SEAIDA

Responsabilidad civil de los propietarios de perros y su seguro en la normativa y en la jurisprudencia reciente

 Jueves, 26 de febrero de 2026

 10:00 – 13:00 h

 SEAIDA – Calle Luchana 29, semisótano A. Madrid

 *Presencial y retransmisión en directo por Zoom*

Jornada dedicada al análisis del régimen de responsabilidad civil de los propietarios de perros a la luz de las recientes sentencias del Tribunal Supremo y la Audiencia Provincial de Barcelona, así como el desarrollo reglamentario relativo al seguro obligatorio por la tenencia de animales.

Ponentes destacados:

- Prof. Dr. Alberto J. Tapia Hermida
- Dña. Teresa Repullo Conde
- D. Fernando Cano Gamiz

Más información e inscripción:



www.seaida.com/responsabilidad-civil-de-los-propietarios-de-perros-y-su-seguro-en-la-normativa-y-en-la-jurisprudencia-reciente/





Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros

Jornada SEAIDA

**Atención al Cliente y Cumplimiento Normativo de las
Aseguradoras y Mediadores.**

El aseguramiento de la Responsabilidad Civil

 Viernes, 13 de marzo de 2026

 10:00 – 13:30 h

 SEAIDA – Calle Luchana 29, semisótano A. Madrid

 Presencial y retransmisión en directo por Zoom

Jornada especializada para analizar el impacto práctico de la Ley 10/2025 y la reciente jurisprudencia del Tribunal Supremo en materia de atención al cliente, cumplimiento normativo y responsabilidad civil de los mediadores.

Incluye conferencia inaugural, mesas especializadas, conferencia de clausura y vino español.

Más información e inscripción:



www.seaida.com/atencion-al-cliente-y-cumplimiento-normativo-de-las-aseguradoras-y-mediadores-el-aseguramiento-de-la-responsabilidad-civil/





Programa

Hora	Título
10:00	Conferencia inaugural <i>Comunicación digital con la clientela de seguros: marco y límites legales</i>
10:45	Prof. Dra. María Luisa Muñoz Paredes Catedrática de Derecho Mercantil – Universidad de Oviedo Co-chair of AIDA Europe Committee Member of EIOPA's Insurance and Reinsurance Stakeholder Group (IRSG)
10:45	Mesa 1ª La Ley 10/2025. Perspectiva de los aseguradores y mediadores ante quejas, reclamaciones y litigios sobre seguros Dª Mª Asunción Bauzá Abril Socia, BAUZA Abogados – Seguros y Previsión Social Dª Raquel Molina Sanz Socia, BROSETA – Área Procesal Seguros
11:30	Coloquio Turno de preguntas y debate con asistentes
11:45	Mesa 2ª <i>Compliance de los mediadores. El Seguro de RC de los mediadores de seguros</i> Prof. Dr. César García González Abogado, Profesor Asociado de Derecho Mercantil – UCLM D. Carlos Montesinos González Director General de CGPA Europe en España
12:30	Conferencia de clausura <i>El Nuevo Sistema de Defensa del Asegurado en el marco de la Defensa del Cliente Financiero</i>
13:30	Clausura Vino español

ACTUALIDAD NORMATIVA EN EL ÁMBITO ASEGURADOR Y DE PREVISIÓN SOCIAL COMPLEMENTARIA

El Ministerio de Economía ha abierto distintos procesos de audiencia e información pública que afectan de forma directa al sector asegurador y al ámbito de la previsión social complementaria. A continuación, se detallan las principales iniciativas actualmente en tramitación.

1. Recuperación y Resolución de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

• Junta Consultiva de Seguros y Fondos de Pensiones

Anteproyecto de Ley de Recuperación y Resolución de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, disponible en el siguiente enlace:

<https://portal.mineco.gob.es/es-es/ministerio/participacionpublica/audienciapublica/Paginas/Anteproyecto-Ley-recuperacion-resolucion-entidades-aseguradoras-reaseguradoras.aspx>

✦ Contexto normativo

Este Anteproyecto tiene por objeto establecer un marco preventivo y de actuación temprana ante eventuales situaciones de deterioro financiero de entidades aseguradoras y reaseguradoras, reforzando la estabilidad del mercado y la protección de los tomadores, asegurados y beneficiarios.

Se enmarca en la evolución del Derecho europeo en materia de gestión de crisis y resolución ordenada de entidades.

2. Normativa de previsión social complementaria

La previsión social complementaria experimenta una intensa actividad normativa europea, con procesos de participación pública sobre propuestas legislativas relevantes.

► **Modificación de la Directiva (UE) 2016/2341 y 2016/97**

Participación pública sobre la propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifican las Directivas (UE) 2016/2341 y 2016/97 en lo relativo al refuerzo del marco para la previsión social complementaria (pensiones de empleo).

<https://portal.mineco.gob.es/es-es/ministerio/propuestas-legislativas-europeas/Paginas/participacion-CP-EIPLE-modificacion-IORP-II.aspx>

✦ Alcance de la reforma

La propuesta refuerza el marco prudencial, de gobernanza y transparencia aplicable a las IORP, mejorando la protección de partícipes y beneficiarios y consolidando el segundo pilar de previsión social en la UE.

► **Modificación del Reglamento (UE) 2019/1238 (PEPP)**

Participación pública sobre la propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifica el Reglamento (UE) 2019/1238 relativo al Producto Paneuropeo de Pensiones Personales (PEPP).

https://portal.mineco.gob.es/es-es/ministerio/propuestas-legislativas-europeas/Paginas/PP-propuesta-Reglamento-Parlamento-Europeo-Consejo-modifica-Reglamento-UE-2019_1238-PEPP.aspx

✦ Objetivo de la modificación

La revisión del Reglamento PEPP busca fortalecer la comercialización transfronteriza de productos de pensiones personales y simplificar determinados aspectos técnicos de su funcionamiento, fomentando así la movilidad laboral y la integración del mercado europeo de pensiones individuales.

🔍 Importancia para el sector

Los procesos de audiencia e información pública constituyen una oportunidad para que operadores jurídicos, entidades aseguradoras, mediadores, mutualidades y expertos en previsión social puedan formular observaciones y contribuir activamente al diseño normativo.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE CLÍNICA DENTAL⁷

Sentencia de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo 1948/2025 de 23 de diciembre de 2025 que resuelve un litigio sobre la cobertura del daño causado al paciente por la interrupción del tratamiento, como consecuencia del cierre repentino de una clínica dental declarada en concurso.

A) Identificación de la Sentencia

Esta Sentencia 1948/2025 (Roj: STS 6100/2025, ECLI:ES:TS:2025:6100, Id Cendoj: 28079110012025101915, N° de Recurso: 4105/2021, ponente: **Nuria Auxiliadora Orellana Cano**) trata de “determinar si el **seguro de responsabilidad civil profesional de una clínica dental** cubre los daños causados a un paciente, cuyo tratamiento dental contratado se interrumpió por el cierre repentino de la clínica, sin avisarle ni adoptar las medidas oportunas para que pudiera continuar el tratamiento en otra clínica dental” en un caso el que “**el paciente ha ejercitado una acción directa** frente a la aseguradora en reclamación de los daños ocasionados por el grave trastorno funcional y psíquico que se le ocasionó, al no completarse el tratamiento dental previsto, por el cierre inesperado de la clínica dental que lo estaba tratando” (tal y como lo delimita el apartado 2 de su Fundamento de Derecho Segundo.

Veremos cómo esta Sentencia trata de cuestiones tan interesantes en la práctica como **la cobertura y el alcance del daño** por interrupción de tratamiento, la infracción de la “lex artis” por parte de la clínica dental a resultas de su cierre súbito y la **diligencia del cliente en la búsqueda de tratamiento alternativo** que condiciona la cuantificación del periodo de espera indemnizable.

B) Supuesto de hecho

Sobre la base del “resumen de antecedentes” que obra en el Fundamento de Derecho Primero, podemos ofrecer la siguiente cronología de hechos relevantes:

a) Dental Salud 2012 tenía suscrita con Mapfre Seguros de Empresas, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (actualmente Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., una **póliza que cubría la responsabilidad civil profesional de la clínica**. Dicha póliza estuvo vigente entre el **13 de agosto de 2014 y el 13 de agosto de 2016**. En su contenido eran especialmente relevantes, para la solución del pleito, las siguientes condiciones:

a.1) El **objeto del seguro** era el siguiente: “El Asegurador garantiza al Asegurado, mediante el abono de la prima estipulada, el pago de las indemnizaciones por las que pueda resultar civilmente responsable conforme a derecho, por daños corporales o materiales y perjuicios ocasionados a terceros (...)”.

a.2) En el apartado del **alcance del seguro**, la póliza establecía lo siguiente: “Se entenderá particularmente cubierta la responsabilidad civil derivada de los siguientes riesgos: La responsabilidad civil que, directa o subsidiariamente, le sea exigida al asegurado en su condición de titular de las actividades referidas por los actos y omisiones propias o de sus empleados o de las personas de quienes legalmente deba responder, pero con ocasión del desempeño de las funciones o cometidos encomendados en razón de sus empleos o cargos. (...) Daños causados en su calidad de empresa, por los actos u omisiones culposos o negligentes de sus directivos, empleados o dependientes, en el ejercicio de las labores propias de su cometido laboral”. La póliza también señalaba, en el apartado de «daños» que son indemnizables: los daños corporales, los materiales y los perjuicios. Y, dentro de los daños corporales comprendía “las lesiones, enfermedades o fallecimiento sufrido por personas físicas”.

a.3) El apartado referido al **ámbito temporal** de la póliza indicaba: “Quedan cubiertos por el presente seguro aquellas acciones u omisiones culposas o negligentes cometidas durante el periodo de vigencia de la póliza e incluso dentro del plazo de un año natural anterior la fecha de inicio de la misma siempre y cuando: a) la reclamación se dirija por primera vez al asegurado o al asegurador dentro del periodo de vigencia de la póliza. (...)”.

[7] El comentario de esta sentencia procede de su autor Alberto J. Tapia Hermida. Presidente de SEAIDA.

b) En **marzo de 2015**, Don Nazario contrató con Dental Salud 2012, S.L. -cuyo nombre comercial era clínica dental Funnydent- un **tratamiento odontológico por un importe de 2.200 euros**, que fue financiado en su totalidad. El tratamiento se inició ese mismo mes.

c) El **28 de enero de 2016**, sin haber terminado el tratamiento contratado, **la clínica dental Funnydent cerró repentinamente sus instalaciones**.

d) Con posterioridad, Dental Salud 2012 fue declarada en concurso de acreedores.

e) Meses después, Don Nazario **continuó el tratamiento interrumpido en otra clínica dental**.

C) Conflicto jurídico

a) Don Nazario interpuso una **demanda** contra Mapfre en la que ejercitó la acción directa del art. 76 de la LCS por los daños ocasionados por la interrupción del tratamiento dental contratado con su asegurada Clínica Dental 2012, por el cierre de la clínica dental Funnydent, de la que era titular. Reclamó la cantidad de 7.500 euros (descontada la franquicia de 300 euros), por la pérdida de calidad de vida, como consecuencia del incremento del tiempo necesario del tratamiento, el incremento económico de este, y el perjuicio moral y el estrés ocasionados; acompañando a su demanda un informe pericial médico que justificaba los sufrimientos alegados y valoraba el perjuicio reclamado.

b) Mapfre se **opuso** a la demanda **rechazando la cobertura del siniestro** por dos razones: prescripción de la acción por entablarse fuera del ámbito temporal de la cobertura de la póliza y que los daños no estaban cubiertos porque el seguro por responsabilidad civil solo cubría las indemnizaciones por los daños materiales o corporales y perjuicios que de esta deriven, que la aseguradora haya causado a terceros, sin que cubra la pérdida de la calidad de vida por incumplimiento contractual ni los daños morales.

c) **El Magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia núm. 73 de Madrid, dictó la Sentencia 3/2020, de 10 de enero que estimó íntegramente** la demanda realizando dos tipos de consideraciones:

c.1) En cuanto al **ámbito temporal** de la cobertura de la póliza, indicó que no se había producido lo alegado por Mapfre pues el periodo abarca desde el 13 de agosto de 14 a 13 de agosto de 2016 y la primera reclamación se cursa a Funnydent el 16 de enero de 2017 y a la aseguradora el 15 de enero de 2018 por medio de burofax aunque el hecho sí se produjo en su vigencia. Consideró que esta cláusula era limitativa de derechos de acuerdo con la jurisprudencia de esta sala, por lo que debía cumplir los requisitos que establece el artículo 3 de la LCS. También tuvo en cuenta que la parte actora había aportado la primera reclamación formulada contra Funnydent el 15 de febrero de 2015 a través el OMIC.

c.2) En cuanto a la **cobertura de los daños** reclamados, el Juzgado entendió que “la no instalación de todo lo presupuestado, y la dejación del control y revisiones de los pacientes que necesariamente se ha derivado del cierre de la clínica no puede sino entenderse como actos de negligencia a efectos de cobertura de la póliza de responsabilidad civil”.

d) La **Sección Undécima de la Audiencia Provincial de Madrid dictó la Sentencia de 12 de febrero de 2021 estimando en parte el recurso de apelación y reduciendo a 1.560 euros la condena de Mapfre**, sin hacer expresa imposición de las costas. De su contenido destacan dos tipos de consideraciones:

d.1) En cuanto a la **cobertura por la póliza del riesgo reclamado**, esto es, el cierre intempestivo de la clínica que dejó sin concluir el tratamiento iniciado, la Sala entendió que, al cubrir el seguro los “daños causados en su calidad de empresa” y derivar estos del abandono del tratamiento por el repentino cierre de la clínica, se encuentran incluidos como riesgo asegurado, “pues produjo la interrupción del tratamiento contratado, sin seguimiento médico de su estado bucal del actor, situación que proviene de actos claramente negligentes de sus directivos en el ejercicio de sus funciones propias de su cometido empresarial”.

d.2) En cuanto al **ámbito temporal** de la póliza, la Sala consideró se efectuó la reclamación dentro del plazo de vigencia de la póliza (desde el 13 agosto 2014 al 13 de agosto 2016), porque

la reclamación se produjo dentro de ese plazo, concretamente, primero por una reclamación administrativa ante la OMIC (...) y posteriormente por una denuncia penal (...), siendo que la entidad dental fue declarada en concurso de acreedores el 12.4.2016. Ante el problema probatorio de la denuncia presentada frente a clínicas Funnydent; “el trámite que se presume efectuado por la continuación en el proceso de la denuncia supone dar traslado al denunciado y la misma conclusión respecto de la reclamación efectuada ante OMIC, lo cual supone que estas actuaciones supusieron actuar dentro del ámbito temporal establecido contractualmente. Añade la Sala que el hecho de que el conocimiento de estas reclamaciones no haya llegado al asegurador, no puede invalidar la voluntad de actuar del perjudicado”.

d.3) Respecto de la **valoración del daño**, el perjuicio que se reclama la demanda se corresponde con el retraso producido en reiniciar el tratamiento interrumpido, no del propio tratamiento. No se reclama por imprudencia profesional, por un tratamiento mal hecho o no conforme a la “lex artis”, sino que el perjuicio deriva del cierre de la Clínica, que interrumpe el tratamiento en 150 días, y que le ocasiona una pérdida de calidad de vida en grado moderado, perdiendo temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal. Se trata de un perjuicio corporal (dificultad para masticar), no de daño moral, que entra dentro de los riesgos cubiertos por la póliza. Dicho lo anterior, la Sala estima que no puede aceptarse que, tal como señala el perito del actor, el cierre de la Clínica haya podido ocasionar al demandante un retraso en el tratamiento de 150 días, desde enero hasta julio de 2016, cuando acude a la Clínica Dental Frasadent, pues no existe actividad probatoria alguna, que pueda justificar tal demora, que, para ser indemnizable, debe obedecer a hechos ajenos a la voluntad del demandante. Es por ello por lo que la Sala estima que, ante la falta de acreditación de las causas que motivaron dicha situación, un período prudente, empleando la debida diligencia para buscar la continuidad de su tratamiento, no puede ir más allá de 30 días, debiendo ser reconocido el daño reclamado únicamente por dicho periodo, por

lo que procede reducir la indemnización a la suma de **1.560 euros**.

d.4) En cuanto a los **intereses del art. 20 LCS**, la Audiencia aplicó la jurisprudencia que descarta que el mero hecho de acudir al proceso constituya una causa que justifique por sí el retraso, o permita presumir la razonabilidad de la oposición.

e) **Mapfre interpuso un recurso de casación** articulado en tres motivos, siendo admitidos los dos primeros que denunciaron la infracción de los arts. 1 y 73 de la LCS, del párrafo primero del art. 1281 del Código Civil porque la Sentencia de apelación no tuvo en cuenta la naturaleza y los límites de la relación de aseguramiento, dado que estamos ante un seguro de responsabilidad profesional y no una relación de aseguramiento de otra naturaleza y, por ende, el cierre o cese de actividad de la clínica no es un riesgo cubierto por la póliza de responsabilidad civil profesional conforme a lo previsto en los citados preceptos de la LCS y a las condiciones de la póliza contratada.

D) Doctrina jurisprudencial: el daño causado al paciente por la interrupción del tratamiento, como consecuencia del cierre repentino de la clínica dental por la declaración de concurso, sin avisar ni adoptar medidas para su continuidad en otra clínica, está cubierto por la póliza en una cuantía razonable.

La **Sentencia de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo 1948/2025 de 23 de diciembre de 2025** desestima el recurso de casación de la aseguradora frente a la Sentencia de 12 de febrero de 2021 de la Sección Undécima de la Audiencia Provincial de Madrid que estimó en parte el recurso de apelación y redujo a 1.560 euros la condena de Mapfre, sin hacer expresa imposición de las costas. Podemos exponer el razonamiento que conduce a dicho fallo en forma de **silogismo**:

a) Premisa mayor: la normativa aplicable al seguro de responsabilidad civil profesional de una clínica dental.

a.1) **En general**, la Sala parte de la noción del **seguro de responsabilidad civil** como un contrato “por el que el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en

el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho” (art.73 LCS) (El lector interesado en profundizar en el conocimiento de este tipo de seguro puede consultar nuestra “**Guía del Contrato de Seguro**”, 2ª ed., Colección Monografías Aranzadi, Aranzadi, Cizur Menor (2022), pág.225 y ss.).

a.2) **En especial**, la Sala añade, en relación con el **seguro de responsabilidad civil profesional de una clínica dental** la aplicación el art. 46 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que regula la cobertura de responsabilidad en su primer párrafo del siguiente modo: “Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios”.

b) Premisa menor: El perjuicio ocasionado al demandante por la interrupción del tratamiento está cubierto por el seguro de responsabilidad civil profesional litigioso

En esta segunda fase podemos formular **dos cuestiones sucesivas** que son:

b.1) La infracción de la “lex artis” por parte de la clínica dental a resultas de su cierre súbito

El apartado 5 del Fundamento de Derecho Segundo de la Sentencia dice que “El **seguro de responsabilidad civil profesional** suscrito, conforme a los términos de la póliza, cubre la responsabilidad civil que, directa o subsidiariamente, le sea exigida al asegurado en su condición de titular de la clínica dental, por los actos y omisiones propias o de sus empleados o de las personas de quienes legalmente deba responder, con ocasión del desempeño de las funciones o cometidos

encomendados en razón de sus empleos o cargos (...). Este seguro, en relación con el art. 46 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, cubre las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios. El contrato suscrito por la clínica con su paciente, el demandante, era un contrato de prestación de servicios de tracto continuado. El cierre repentino y definitivo de la clínica dental le provocó la interrupción del tratamiento, que contrató meses después con otra clínica (...). Este tratamiento se vio interrumpido porque la clínica cerró y la titular fue declarada después en concurso de acreedores. Esta interrupción del tratamiento se debió a una mala práctica de la clínica, que cerró de forma repentina e inesperada, sin adoptar las medidas oportunas para que el paciente pudiera continuar el tratamiento en otra clínica y para que se le avisara con antelación, a fin de ocasionarle el menor perjuicio posible”.

Desde el punto de vista de la normativa aseguradora, la Sala realiza una distinción particularmente precisa y acertada entre los dos seguros de deudas al aclarar que “no se trata de cubrir los daños que son propios de un **seguro de caución**, esto es, los daños patrimoniales sufridos en caso de incumplimiento por el tomador del seguro de sus obligaciones legales o contractuales, mediante una indemnización al asegurado a título de resarcimiento o penalidad (art. 68 LCS)” (el lector interesado en profundizar en el conocimiento de este tipo de seguro puede consultar nuestra “**Guía del Contrato de Seguro**”, cit. pág.221 y ss.)

Por el contrario, la Sala considera, acertadamente, que estamos ante un **seguro de responsabilidad civil profesional** (art.73 LCS) porque “la póliza litigiosa, dentro de los daños indemnizables, incluye los daños corporales, los materiales y los perjuicios y “el daño que se cubre en este caso es el perjuicio derivado de la mala praxis de la clínica, que ante la inminencia del cierre, con la consiguiente interrupción del tratamiento, no adoptó medida alguna. Cubre los daños derivados del abandono del tratamiento”.

b.2) La diligencia del cliente en la búsqueda de tratamiento alternativo condiciona la cuantificación del periodo de espera indemnizable

Una vez constatado que “hubo una prestación defectuosa del servicio por la clínica, cuyo cierre repentino determinó el abandono del tratamiento sin adoptar las medidas oportunas, lo que ocasionó un perjuicio al demandante” la Sala comparte la valoración que de aquel perjuicio hace la sentencia recurrida que lo fija en el perjuicio de la pérdida de calidad de vida por la interrupción del tratamiento durante **30 días, que es el plazo que estima razonable, y fija una indemnización de 1.560 euros**”.

c) Conclusión: Desestimación del recurso de casación y confirmación de la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid recurrida con una condena final a Mapfre al pago de 1.560 euros

Por lo dicho, la Sala decide desestimar el recurso de casación interpuesto por Mapfre contra la Sentencia dictada el 12 de febrero de 2021, por la sección undécima de la Audiencia Provincial de Madrid, en el recurso de apelación número 296/2020 que **redujo a 1.560 euros la condena de Mapfre**, sin hacer expresa imposición de las costas.

RESPONSABILIDAD MÉDICA. CONSENTIMIENTO INFORMADO

STS, sala 1ª., de 4 de febrero, núm. 165/2026.

Ponente. Excmo. Sr. José Luis Seoane Spiegelberg

Consentimiento informado: el único documento firmado en el que consta de los riesgos típicos del tratamiento para el cáncer de próstata que padecía, y que afirma que comprendió es el relativo a la práctica de una prostatectomía, documento en el que no figura la crioterapia como alternativa terapéutica y en el que consta además que aquella otra técnica quirúrgica es la más convenientes para el paciente. No queda constatado de las razones por la que ahora la técnica más recomendable es la crioterapia, si antes lo era la prostatectomía. El demandante aceptó la crioterapia pero no queda acreditado que se le advirtiesen debidamente de sus riesgos típicos para tomar una decisión libre y conformada. Estima que la indemnización pro las lesiones permanentes derivas de la intervención de crioterapia, sería de constatarse una mala praxis la suma 66.575,68 euros. Dadas las circunstancias se fija una indemnización de 25.000 euros para resarcir el daño padecido.

Se imponen los intereses del art. 20 LCS desde que la compañía aseguradora conocía el siniestro.

ESTATAL

o MEDIDAS URGENTES. SEGURIDAD SOCIAL

Real Decreto-ley 3/2026, de 3 de febrero, para la revalorización de las pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia de Seguridad Social.

o MEDIDAS URGENTES. VULNERABILIDAD

Real Decreto-ley 2/2026, de 3 de febrero, por el que se adoptan medidas urgentes para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad social, en materia tributaria y relativas a los recursos de los sistemas de financiación territorial.

o MEDIDAS URGENTES. CATÁSTROFES

Real Decreto-ley 5/2026, de 17 de febrero, por el que se adoptan medidas urgentes en respuesta a los daños causados por diversos fenómenos meteorológicos adversos, de especial afectación en las comunidades autónomas de Andalucía y Extremadura

o VEHÍCULOS A MOTOR. BAREMO DE AUTOS

Resolución de 3 de febrero de 2026, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación

o SEGUROS AGRARIOS COMBINADOS

Orden APA/88/2026, de 4 de febrero, por la que se definen los bienes y los rendimientos asegurables, las condiciones técnicas mínimas de cultivo, el ámbito de aplicación, los periodos de garantía, las fechas de suscripción y los precios unitarios en relación con el seguro de explotaciones de multicultivo de hortalizas, comprendido en el correspondiente Plan de Seguros Agrarios Combinados.

o MEDIADORES DE SEGUROS

Resolución, de 5 de febrero de 2026, de la Entidad Pública Empresarial Red.es, M.P., por la que se publica el Convenio con el Consejo General de los Colegios de Mediadores de Seguros, para la gestión de la subvención otorgada a Unión Profesional, mediante Real Decreto 876/2024, de 3 de septiembre, por el que se regula la concesión directa de una subvención para el desarrollo de un programa de formación de competencias digitales en el ámbito de los colegios profesionales, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

o PLANES DE PENSIONES

Resolución de 9 de enero de 2026, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publica el tipo de interés máximo a utilizar en los planes de pensiones respecto a las contingencias en que esté definida la prestación y para las que se garantice exclusivamente un tipo de interés mínimo o determinado en la capitalización de las aportaciones, de aplicación al ejercicio 2026.

o VEHÍCULOS PERSONALES LIGEROS. RECARGO A FAVOR DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Resolución de 30 de diciembre de 2025, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se aprueba el recargo en favor del Consorcio de Compensación de Seguros para financiar sus funciones como Fondo de Garantía del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil en la circulación de vehículos personales ligeros.

UNIÓN EUROPEA

o ACTIVIDAD ASEGURADORA

Reglamento de Ejecución (UE) 2026/349 de la Comisión, de 17 de febrero de 2026, 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 2025 y el 30 de marzo de 2026 de conformidad con la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio.

Reglamento Delegado (UE) 2026/269 de la Comisión, de 29 de octubre de 2025, por el que se modifica el Reglamento Delegado (UE) 2015/35 en lo que respecta a las provisiones técnicas, las medidas de garantía a largo plazo, los fondos propios, el riesgo de acciones, el riesgo de diferencial de las posiciones de titulización, otro capital obligatorio según la fórmula estándar, la presentación y divulgación de información, la proporcionalidad y la solvencia de grupo.

Número 204/2025.
Estudios Homenaje a Esperanza
Medrano
Coord.: Joaquín Ruiz Echaury y
Milagros Sanz Parrilla





Revista Española de Seguros

2025
Octubre
·
Diciembre
número
204

El Derecho de Seguros desde la industria y práctica aseguradora.
Del clasicismo a su modernidad
Estudios en Homenaje a Esperanza Medrano
Coord. Joaquín Ruiz Echaury y Milagros Sanz Parrilla

SUMARIO

	Págs.
PRESENTACIÓN	
Mirenchu del Valle	671
INTRODUCCIÓN	
Joaquín Ruiz Echaury y Milagros Sanz Parrilla	675
ESTUDIOS	
La remuneración de la distribución de productos de inversión basados en seguro por los corredores Silvia Álvarez Echevarria Jaime Díez Yañez.....	679
Sobre los mal denominados seguros paramétricos Juan Bataller Grau	689
El principio de accesibilidad y transparencia en el contrato de seguro Félix Benito Osma Lázaro Cuesta Barberá.....	701
La Mutualización de Riesgos Extraordinarios: Un Pilar para la Resiliencia ante Catástrofes Sandra Burgue López Jaume Nos Garcia María Ángeles Pérez Torrelles José Luis de Castro Adeva Enrique Jiménez Antonio Ignacio Sánchez Martín Laura Jaime Bunyakina Giuseppe Gamucci.....	739
Una aproximación histórica al seguro de decesos Eduardo Agustín Camacho Rivas Alejandro Pérez Lafuente Suárez.....	757
Aviso del siniestro y sus consecuencias en la Ley nº 15.040/2024 (contrato de seguro y reaseguro) Sergio Ruy Barroso de Mello.....	763





Revista Española de Seguros

2025

Octubre

Diciembre

número

204

El Derecho de Seguros desde la industria y práctica aseguradora.

Del clasicismo a su modernidad

Estudios en Homenaje a Esperanza Medrano

Coord. Joaquín Ruiz Echaurre y Milagros Sanz Panilla

SUMARIO

	Págs.
Problemática existente en relación con la distribución de productos de seguro de vida "unit-linked"	
Virginia Martínez.....	779
Los riesgos generales de la vida y su aseguramiento (o no) O cómo parecer responsable y no tener que responder	
Eduardo Pavelek.....	793
Contrato de seguro y control de la relación calidad-precio (value-for-money) en el proceso de gobernanza de producto	
Pablo Pernía Martín	
Daniel López Rodríguez.....	817
El Comité de Auditoría en las Entidades Aseguradoras: Pilar del Buen Gobierno Corporativo	
Rafael Ramírez Cruz.....	835
Los conceptos de aptitud y honorabilidad en el sector asegurador español	
Joaquín Ruiz Echaurre.....	843
Métodos de solución de conflictos en la normativa de seguros y el nuevo requisito de procedibilidad de la ley orgánica 1/2025 de eficiencia en el servicio público de justicia	
Milagros Sanz Panilla	859
El seguro de pérdida de beneficios por interrupción de empresa a resultados de la pandemia del COVID. Sentencias del Pleno de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo de 21 de abril de 2025	
Alberto J. Tapia Hermida.....	875
Aproximación a la cobertura aseguradora de los perros como reconocimiento de sus derechos morales	
Francisco Javier Tirado Suárez.....	897
El Derecho de la competencia y el seguro de asistencia sanitaria - tendencias y novedades	
Patricia Vidal Martínez	
Violeta Marinas Serra.....	915





Sección Española
Asociación Internacional
de Derecho de Seguros

SEAIDA

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

seaida@seaida.com

www.seaida.com

REVISTA ESPAÑOLA DE SEGUROS

www.revistaespañoladeseguros.com