

SEGUROS

El seguro es un contrato por el que el asegurador, a cambio de percibir una cantidad de dinero del tomador, se obliga, en caso de producirse cualquiera de los hechos previstos en el contrato, a indemnizar el daño producido, abonar un capital o renta o prestar el servicio convenido.

Las partes que intervienen son:

La empresa aseguradora es la entidad que, a cambio de la percepción de una prima, cuando se produce el hecho asegurado se ve obligada a indemnizar el siniestro o a realizar las prestaciones convenidas.

El tomador del seguro es la persona que contrata con el asegurador y firma con él la póliza comprometiéndose a pagar la prima. El tomador del seguro puede contratarlo por cuenta propia o ajena. Tomador del seguro y asegurado pueden ser la misma persona.

La persona asegurada es quien tiene interés directo en el seguro y sobre cuya vida o bienes recae el contrato. Puede ocurrir que coincida con el tomador en caso de que sea quien firme la póliza y pague la prima.

La persona beneficiaria es titular del derecho a la indemnización. Puede coincidir con el tomador del seguro y/o con la persona asegurada.

MEDIADORES

Existen básicamente dos tipos de mediadores que, sin encarecer el precio del seguro, pueden asesorar e informar, tanto antes de firmar el contrato como durante su vigencia:

Agente de seguros, que representa a una única compañía y realiza tareas de mediación entre ésta y los tomadores y las personas aseguradas.

Corredor de seguros, que, sin estar vinculado a una empresa aseguradora determinada, realiza la actividad de mediación en seguros, ofreciendo asesoramiento profesional imparcial sobre las condiciones del contrato que convenga suscribir.

Hay también otros medios de contratar seguros. Así, por ejemplo, cada vez es más habitual la contratación a través de bancos y cajas y la contratación directa con la entidad aseguradora por vía telefónica.

TIPOS DE SEGUROS

Se pueden agrupar las diversas modalidades de seguros en los siguientes:

Seguros contra daños o de cosas, que cubren las consecuencias económicamente adversas que puedan derivarse del siniestro y que afecten a bienes muebles o inmuebles. Pertenecen a esta clase de seguros los de incendio, robo y transportes.

Seguros patrimoniales, que garantizan los daños que pueda sufrir el patrimonio de la persona asegurada y por los que pueda surgirle una necesidad dineraria. Se incluyen en este grupo, entre otros, los seguros de responsabilidad civil (general, profesional, derivada de accidentes de automóvil, etc.). Tanto en los seguros contra daños como en los seguros patrimoniales la persona asegurada obtiene un resarcimiento completo del daño en el caso de que el valor de lo asegurado coincida con la suma asegurada.

Seguros de prestación de servicios, en los que la entidad aseguradora no garantiza una indemnización, sino la prestación de un servicio. Es el caso de los seguros de asistencia en viaje, de decesos, de asistencia jurídica y de enfermedad cuando se den prestaciones de asistencia sanitaria.

Seguros de personas son los que cubren los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud. Son de esta clase los seguros sobre la vida, los seguros de accidentes y los seguros de enfermedad cuando supongan indemnización o reembolso de gastos médicos. Los seguros de jubilación y los planes de pensiones forman parte de este tipo.

Seguros combinados son los que integran las características de dos o más de los tipos anteriores, como es el caso del seguro multirriesgo del hogar. También lo es el seguro de automóviles cuando incluye, además del seguro obligatorio de responsabilidad civil, un seguro contra daños, un seguro de ocupantes o la cobertura de asistencia en viaje.

PRIMA

La prima es la cantidad que paga el tomador a la entidad aseguradora como contraprestación por el seguro. La prima puede ser única, cuando representa el valor total del riesgo por todo el período de cobertura del seguro o periódica, cuando representa el valor actual del riesgo por un período renovable. La entidad aseguradora puede facilitar el pago de la prima mediante diversos plazos (mensuales, trimestrales, semestrales, etc.), denominándose en este caso prima fraccionada.

El cálculo de la prima está relacionado con el riesgo asumido. Su importe será más elevado cuanto mayor sea la probabilidad de que el riesgo se transforme en siniestro y cuanto más graves puedan ser las consecuencias del mismo. A la prima resultante de este cálculo se le denomina prima de riesgo. Sumando a ésta los gastos de gestión (administración y comisiones) y los beneficios resulta lo que se denomina prima comercial.

El tomador del seguro está obligado a pagar la prima a la entidad aseguradora en las condiciones estipuladas en el contrato. Si no paga la primera prima, ésta tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la misma en vía ejecutiva. Si se produce el siniestro sin que la prima haya sido pagada, la entidad aseguradora puede liberarse de sus obligaciones al respecto, salvo pacto en contrario. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura se proroga durante un mes más a partir de la fecha de vencimiento, denominado mes de gracia, lo que permite la indemnización en caso de siniestro. Una vez transcurrido dicho mes, el seguro se suspende automáticamente. Si en el plazo de seis meses desde el vencimiento de la prima no se ha efectuado el pago y la entidad no lo ha reclamado, el contrato queda extinguido.

La falta de pago de la prima en los seguros de vida que hayan tenido duración superior a dos años conlleva la reducción del seguro de acuerdo a la tabla de valores que debe incorporarse a la póliza.

DURACIÓN

La duración del contrato no puede ser superior a 10 años, aunque se puede pactar, en su caso, su prórroga por periodos no superiores a un año cada vez. Las partes (tanto el tomador como la empresa aseguradora) pueden oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte efectuada con un plazo de 2 meses de anticipación a la fecha de finalización del contrato en vigor. No obstante lo dicho, los seguros sobre la vida tienen un régimen propio.

INFRASEGURO Y SOBRESSEGURO

En los seguros contra daños, el infraseguro ocurre cuando la suma asegurada es inferior al valor del bien asegurado, por lo que el seguro no cubre totalmente el valor de la cosa dañada. En estos casos la entidad aseguradora aplica la llamada regla proporcional, que consiste en que paga el siniestro sólo en la proporción existente entre el valor asegurado y el valor real, salvo que se haya pactado otra cosa.

Por el contrario, el sobreseguro o supraseguro se da cuando la suma por la que se ha asegurado el bien es superior a su valor real. Si se produce el siniestro, se indemnizará por el valor real del daño ocasionado y no por el valor asegurado. Si el sobreseguro se debe a mala fe por parte de la persona asegurada, el contrato será ineficaz.

FRANQUICIA

Se entiende por franquicia la deducción de una parte del importe de la indemnización que se aplica a la garantía de determinados riesgos a cambio de un importe inferior en el pago de la prima. En caso de ocurrir un siniestro, la indemnización se reduce en la cantidad señalada como franquicia.

SINIESTRO

Se entiende que existe un siniestro cuando ocurre un hecho cubierto por el contrato de seguro que cubre total o parcialmente sus consecuencias.

En todo caso, la persona asegurada o el tomador tienen la obligación legal de emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro.

La persona asegurada, el tomador o quien se beneficie han de comunicar el siniestro a la entidad aseguradora dentro de los 7 días siguientes a haberlo conocido, dando toda clase de información acerca de él.

La entidad tiene la obligación de satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, debe efectuar dentro de los 40 días contados a partir de la recepción de la declaración del siniestro el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias conocidas. Puede sustituir el pago de la indemnización por la reparación o reposición del objeto siniestrado cuando la naturaleza del seguro lo permita y la persona asegurada lo consienta. En el caso de que hayan transcurrido 3 meses desde que se produjo el siniestro y no haya recibido el pago del importe mínimo, la persona asegurada debe exigir que la indemnización se incremente con el interés legal del dinero más el 50%.

SOLICITUD Y PROPOSICIÓN

La **solicitud** del seguro es un documento precontractual en el que se recogen los datos que necesita conocer la entidad aseguradora para hacer una valoración del riesgo y proceder o no al aseguramiento. Este documento ha de ser rellenado por el tomador contestando a todas las cuestiones que en el mismo se planteen con exactitud y sin reservas, ya que en caso contrario la entidad puede rescindir el contrato cuando conozca la falta de veracidad de los datos y si se produce el siniestro, puede reducir la prestación aplicando la regla proporcional.

La **proposición** del seguro es el documento emitido por la entidad aseguradora en respuesta a la solicitud y en el que debe constar el ofrecimiento de cobertura y la propuesta económica correspondiente, siendo vinculante para la compañía durante 15 días. Se puede pactar que los efectos del seguro se retrotraigan al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición. En el caso del seguro de automóviles, la solicitud diligenciada por la entidad aseguradora o su agente autorizado o la proposición aceptada por el tomador producen los efectos de cobertura del riesgo asegurado (esto es, suponen un seguro provisional) hasta los límites del seguro de responsabilidad civil durante el plazo de 20 días.

PÓLIZA

Es el conjunto de documentos que recogen los acuerdos entre las partes contratantes (entidad aseguradora y tomador) y que constituyen la prueba de la existencia del contrato de seguro.

Cuando el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro puede reclamar a la entidad aseguradora la subsanación de la divergencia existente en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza.

Cada vez que la persona asegurada abone la prima establecida a la entidad aseguradora, ésta debe entregarle el correspondiente recibo de prima, en el cual se deben indicar, al menos, los datos del tomador, el número de póliza, el período de cobertura y, tratándose de seguros obligatorios, las coberturas aseguradas. En el seguro de automóviles el recibo es el documento que prueba la existencia del seguro.

En la póliza deberá constar:

-Condiciones generales: son las previamente impresas por la entidad aseguradora sobre aspectos básicos del seguro que son comunes a riesgos de características semejantes. Para que tengan validez deben haber sido previamente aprobadas por la Dirección General de Seguros. En ningún caso pueden tener carácter lesivo para el asegurado.

-Condiciones particulares: toda póliza debe contener como mínimo las siguientes indicaciones:

- Nombre y apellidos o denominación social de la parte contratante y su domicilio, así como la designación de la persona asegurada y la beneficiaria, en su caso.
- El concepto en el cual se asegura (por ejemplo, en concepto de propiedad, de arrendamiento, etc.).
- Naturaleza del riesgo cubierto.
- Designación de los objetos asegurados y de su situación.
- Suma asegurada o alcance de la cobertura. Es el límite máximo de la indemnización a pagar.
- Importe de la prima, recargos e impuestos.
- Vencimiento de la prima, lugar y forma de pago.

- Duración del contrato con expresión del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos.
- Nombre del agente o agentes, en el caso de que intervengan en el contrato.
- Condiciones especiales. Son las que, cuando existen, modifican algunas de las condiciones generales, no pudiendo tampoco ser lesivas para el asegurado.
- Suplementos o apéndices. Pueden ser añadidos posteriormente a la póliza para complementarla o modificarla por acuerdo de las partes.

Para evitar problemas es conveniente solicitar ofertas a varias entidades y comparar su relación calidad-cobertura-precio sopesando las ventajas y desventajas de cada una de ellas, comprobar los datos que suministra la entidad aseguradora. Si se produce una revisión del contrato, el tomador tiene 15 días para aceptar o rechazar.

En todo caso, hay que determinar con la entidad aseguradora, para que quede bien claro en la póliza, la cobertura (lo que cubre el contrato) y las exclusiones (lo que no cubre el contrato). Las exclusiones deben figurar de manera destacada para que puedan advertirse claramente. Hay que tener bien claras las contingencias que queremos que cubra cada seguro, procurando evitar tener dos seguros para lo mismo.

Se debe exigir que todas las modificaciones o adiciones del contrato de seguro sean formalizadas por escrito. Con posterioridad a la firma del contrato no se debe aceptar la imposición de modificaciones unilaterales del contrato que nos sean desfavorables.

Es conveniente conservar una copia de la póliza y guardar los recibos del pago de la prima.

Es indispensable respetar los plazos y formas de comunicación del siniestro con la aseguradora. Se debe facilitar todo tipo de información y colaboración sobre los hechos y circunstancias del siniestro.

¿CÓMO RECLAMAR?

Si se plantea un problema con una entidad aseguradora, es necesario saber que todas tienen la obligación de disponer de un Servicio de Atención al Cliente para atender y resolver las quejas y reclamaciones presentadas.

Las entidades podrán designar también un defensor del cliente para atender y resolver las reclamaciones que se sometan a su decisión y promover el cumplimiento de la normativa de transparencia y protección de los clientes y de las buenas prácticas y usos financieros.

Se deberán adoptar, por parte de las entidades, las medidas necesarias para separar el departamento o servicio de atención a las personas aseguradas de los restantes servicios comerciales, de modo que se garantice la toma de decisiones autónomas y se eviten conflictos de interés.

Para presentar una reclamación comenzará con la presentación de un documento en el que deben constar:

- Nombre, apellidos y domicilio de la persona afectada o de quien la represente, número del documento nacional de identidad para las personas físicas y datos referidos a registro público para las jurídicas.
- Motivo de la queja, especificando aquello sobre lo que se solicita un pronunciamiento. Oficina, departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos objeto de la reclamación.
- Declaración de la persona afectada de no conocimiento de que la materia por la que se reclama está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- Lugar, fecha y firma.

Junto con el documento, se deberán aportar las pruebas documentales en las que se fundamenten la queja o reclamación.

El procedimiento de reclamación se iniciará con un intento amistoso de solución del problema en la propia oficina en la que se haya causado el mismo. Si este intento no fructifica, las personas encargadas de la protección al cliente abrirán el correspondiente expediente y tendrán un periodo de dos meses desde la presentación de la queja para dar una solución. La persona afectada deberá contar con un acuse de recibo de la reclamación para poder computar el plazo de atención de la misma.

En el caso de que no se pueda acreditar la identidad de la persona reclamante o establecer los hechos objeto de queja, se le podrá requerir para que, en el plazo de diez días, se remita la correspondiente documentación. Estos días no se incluirán en los dos meses establecidos para la resolución. En el caso de que el asunto llegue al defensor del cliente, se habilitará un plazo, que deberá estar determinado en su Reglamento de Funcionamiento, para que la entidad presente sus alegaciones.

Si se rectifica la situación que motivo la queja a favor de la persona que presentó la reclamación, ésta deberá ser informada documentalmente, a no ser que hubiese existido un desistimiento expreso de la misma. En este último caso, que se podrá producir en cualquier momento a voluntad de la persona interesada, se entenderá finalizado el procedimiento. No obstante, el defensor del cliente podrá continuar con el mismo en el marco de su función de promoción del cumplimiento de la normativa de transparencia y protección de la clientela.

La decisión será siempre motivada y contendrá unas conclusiones claras sobre la queja. Sólo se podrán entender rechazables las reclamaciones en los casos siguientes:

- Cuando se omitan datos esenciales no subsanables, incluida la concreción del motivo de la queja.
- Cuando se quiera tramitar como queja o reclamación acciones distintas que competan a órganos administrativos, arbitrales o judiciales, o la misma esté pendiente de resolución o resuelto por estas instancias.
- Cuando los hechos reclamados no se refieran a operaciones concretas.
- Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores ya resueltas, presentadas por la misma persona y en relación a los mismos hechos.
- Cuando hubiera transcurrido el plazo para la presentación establecido en el reglamento de funcionamiento.

Una vez que el procedimiento haya concluido, si la solución dada no satisface a la persona que presentó la queja o la reclamación, se podrá acudir al Comisionado para Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, adscrito orgánicamente a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda. Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el Comisionado, será imprescindible acreditar que se ha presentado previamente la queja ante un servicio de atención al cliente y que han transcurrido 2 meses sin que haya sido contestado, o que habiendo sido contestado, se haya denegado o desestimado total o parcialmente.