

Guía Práctica de los Seguros



El Consumidor y los Seguros

La protección de los derechos de los consumidores y usuarios es un objetivo prioritario de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, por el que trabajamos cada día con diversas actuaciones encaminadas fundamentalmente a facilitar a los ciudadanos de nuestra Comunidad toda la información necesaria sobre la diversidad de materias que conforman las complejas relaciones de consumo.

Esta guía que presentamos forma parte de esa labor informativa y está dedicada a un sector que ocupa una parte importante de las consultas y reclamaciones en el ámbito de consumo, tanto por sus especiales dificultades como por su volumen de negocio.

De este modo, a lo largo de sus páginas el usuario encontrará respuestas y explicaciones de fácil comprensión a muchas de las cuestiones que pueden plantearse sobre el contrato de seguros en general, y sobre aquellos tipos de seguros específicos, como el del automóvil, hogar, vida, accidentes, enfermedad o de asistencia sanitaria, tan habituales y extendidos en la actualidad.

Completando esta guía, además encontrará sus referencias normativas y un completo directorio de interés de gran utilidad, que deseamos contribuya a lograr un avanzado nivel de protección de los consumidores y usuarios de Castilla y León.

César Antón Beltrán
Consejero de Sanidad

PORTADA y MAQUETACIÓN: Alfredo Pérez - Imprenta Maas

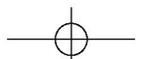
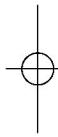
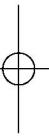
IMPRIME: Imprenta Maas

EDITA: Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

DEPÓSITO LEGAL: VA-863-2005

Índice

I - El Consumidor y los seguros	 7
1. ¿Qué es un seguro? ¿Por qué se contrata un seguro?	
2. Obligaciones y Derechos de las partes firmantes de un contrato de seguro	
3. Consideraciones básicas en la contratación de un seguro:	
4. Tipos de Seguros	
5. Cuestiones clave	
II - El Seguro del Automóvil	 27
1. El Seguro de Responsabilidad Civil del Automóvil	
2. Otros Seguros Voluntarios del Automóvil	
3. Exclusiones habituales del Seguro del Automóvil	
4. Sistemas de Recargos y Bonificaciones en la prima	
5. Cuestiones clave	
III - El Seguro Multirriesgo del Hogar	 41
1. El Seguro Multirriesgo	
2. Coberturas habituales del Seguro Multirriesgo del Hogar	
3. Riesgos excluidos del Seguro Multirriesgo del Hogar	
4. Riesgos Extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros	
5. Cláusulas habituales en el Seguro Multirriesgo del Hogar	
6. Cuestiones clave	
IV - El Seguro de Vida	 55
1. El Seguro de Vida	
2. Cláusulas habituales	
3. Cuestiones clave	
V - El Seguro de Accidentes	 61
1. El Seguro de Accidentes	
2. Coberturas adicionales habituales de los Seguros de Accidentes	
3. Exclusiones habituales en los Seguros de Accidentes	
4. Cuestiones clave	
VI - El Seguro de Enfermedad	 67
1. El Seguro de Enfermedad	
2. Exclusiones habituales en el Seguro de Enfermedad	
3. Cuestiones clave	
VII - El Seguro de Asistencia Sanitaria	 71
1. El Seguro de Asistencia Sanitaria	
2. Modalidades del Seguro de Asistencia Sanitaria	
3. Cuestiones clave	
ANEXO I. REFERENCIAS LEGALES	 77
ANEXO II. DIRECCIONES DE INTERÉS	 87



El Consumidor y los Seguros

1. ¿Qué es un seguro? ¿Por qué se contrata un seguro?
2. Obligaciones y Derechos de las partes firmantes de un contrato de seguro
3. Consideraciones básicas en la contratación de un seguro:
 - 3.1 Los mediadores del Seguro
 - 3.2 El Infraseguro y el Sobreseguro,
 - 3.3 Quejas y reclamaciones
 - 3.4 El Consorcio de Compensación de Seguros
4. Tipos de Seguros
 - 4.1 La clasificación legal de los Seguros
 - 4.2 Los Seguros combinados
 - 4.3 Los seguros habituales que contrata el consumidor:
 - Patrimoniales (Automóvil, Hogar)
 - Personales (Vida-Ahorro, Accidentes, Enfermedad, Asistencia Sanitaria)
5. Cuestiones clave

1. ¿QUÉ ES UN SEGURO? ¿POR QUÉ SE CONTRATA UN SEGURO?

Un SEGURO es un acuerdo entre dos partes, que surge de la voluntad de una de ellas de protegerse frente a posibles adversidades futuras en la medida en que éstas pudieran llegar a menoscabar su bienestar, ya sea éste material (en alguno de los bienes de su propiedad) o, personal, como consecuencia de una enfermedad o un accidente.

De esta forma, y a cambio del pago de una suma de dinero, la persona temerosa de los riesgos e incertidumbres del futuro consigue de la otra parte una promesa de "resarcimiento" o compensación, en el caso de que, llegue a producirse la temida adversidad.

EL SEGURO se convierte, así, en un contrato, formalizado por escrito, entre un TOMADOR (persona física o jurídica) que desea proteger su patrimonio o bienestar, y un ASEGURADOR (entidad aseguradora):

- el particular (TOMADOR) se compromete a pagar un precio (prima), y
- la entidad aseguradora (ASEGURADOR) se compromete a hacer efectiva una prestación (pagar una indemnización económica, reponer o reparar un bien o prestar un servicio), si en el futuro se produjese la adversidad prevista en el contrato -un siniestro-.

FIGURAS QUE INTERVIENEN EN EL SEGURO

- TOMADOR (parte contratante del seguro): paga la prima pactada,
- ASEGURADOR (parte contratante del seguro): hace efectiva la prestación pactada si se produce el hecho previsto (siniestro)

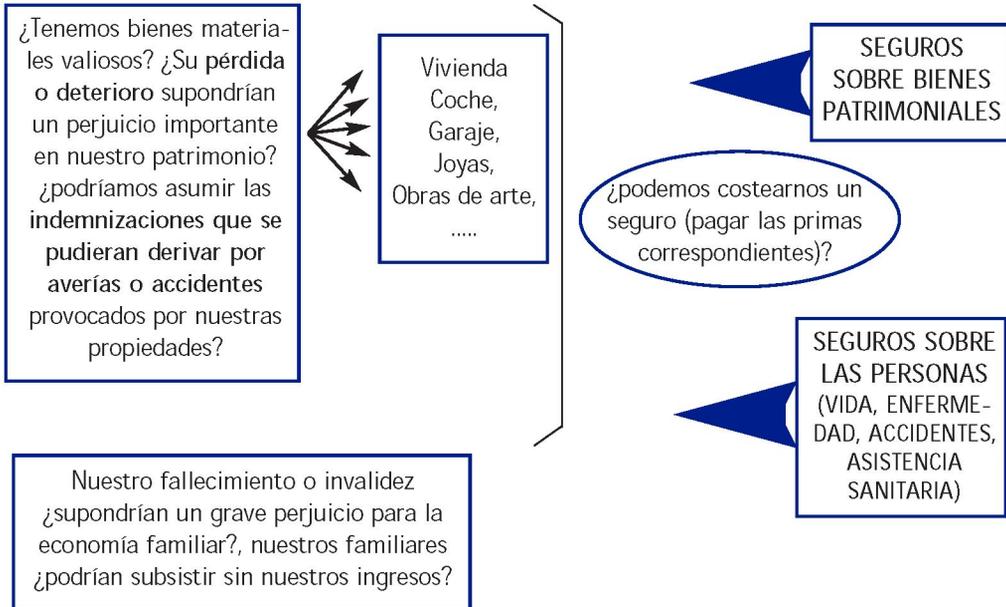
Muy frecuentemente el TOMADOR es, también, ASEGURADO y BENEFICIARIO

- ASEGURADO: soporta la situación de riesgo prevista,
- BENEFICIARIO: se beneficia de la prestación en el caso de que se produzca el siniestro.

Sin embargo, no siempre es así:

- El padre que contrata un seguro de coche para su hijo es el TOMADOR pero su hijo es el ASEGURADO,
- El TOMADOR-ASEGURADO que contrata un seguro de responsabilidad civil por accidentes o averías que pudieran originarse en su hogar o provocados por los animales de compañía que vivan en él, se diferencia de la figura del tercero BENEFICIARIO que, por ejemplo, pudiera ser el vecino que sufre los efectos de la inundación en la casa del Tomador-Asegurado, o el viandante que sufre la agresión del perro de este Tomador-Asegurado.

POR QUE CONTRATAMOS UN SEGURO



SECUENCIA CRONOLÓGICA DEL CONTRATO DE SEGURO

TRAMITACION PREVIA		ACUERDO		ACAECIMIENTO DEL SINIESTRO	
1	2	3	4	5	6
SOLICITUD	ESTUDIO DE LA SOLICITUD	PROPUESTA DE SEGURO (oferta, vinculante durante QUINCE DIAS)	CONTRATO DE SEGURO - POLIZA (CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES)	PAGO DE LA PRIMA	PRESTACIÓN
TOMADOR: DESCRIPCIÓN de la naturaleza del riesgo a cubrir - Bien asegurado - Seguros de personas: Capital asegurado, asistencia solicitada - Identificación de otras figuras: asegurado, beneficiario(s)		ASEGURADOR: OFERTA DE CONDICIONES • PRIMA = PRECIO DEL SEGURO • PRESTACIONES EN CASO DE SINIESTRO - Importe de indemnización (pago) - Reparación/ reposición del bien dañado - Prestación de un servicio	TOMADOR-ASEGURADOR: CONTENIDO MINIMO DEL CONTRATO (CONDICIONES PARTICULARES) 1. nombre y apellidos o denominación social de las partes contratantes (tomador y asegurador), y su domicilio, así como la designación del asegurado y beneficiario, 2. concepto en el cual se asegura, 3. naturaleza del riesgo cubierto, 4. designación de los objetos asegurados y de su situación, 5. suma asegurada o alcance de la cobertura, 6. importe de la prima, recargos e impuestos, 7. vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, 8. duración del contrato, con expresión del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos, 9. nombre del agente o agentes, caso de que interviniere en el contrato.	TOMADOR: pago del precio del seguro	ASEGURADOR: - INDEMNIZACIÓN (pago de un capital) - REPARACIÓN/ REPOSICIÓN del bien asegurado - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Documentos utilizados en la contratación de un seguro

- Solicitud (no es imprescindible)

Es el documento mediante el cual el solicitante (futuro tomador) informa al asegurador de la naturaleza y características del riesgo que desea cubrir. Normalmente, es un cuestionario preparado por el asegurador que ofrece al futuro tomador para su cumplimentación.

- Propuesta de seguro (no es imprescindible)

Es el documento que contiene la oferta de seguro que hace el asegurador tras recibir la solicitud cumplimentada por el solicitante.

- Contrato de seguro o Póliza

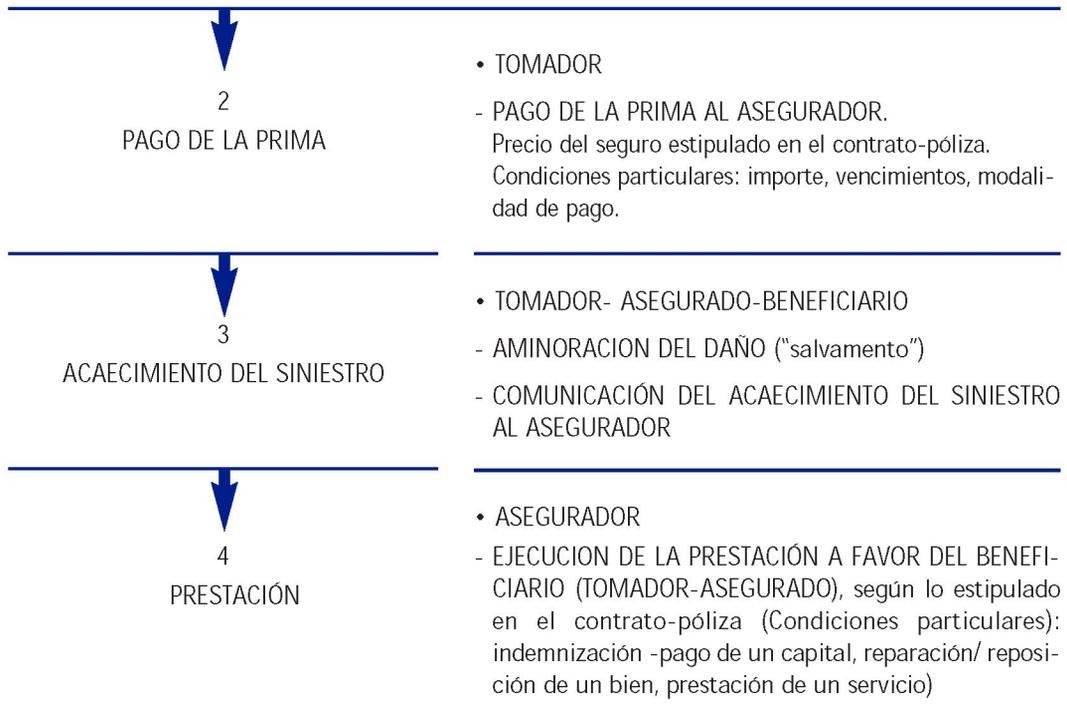
Es el documento que refleja las condiciones acordadas entre las partes (ASEGURADOR y TOMADOR). Incluye:

- Las "Condiciones Generales": folleto informativo editado por el asegurador que describe los aspectos básicos y generales del seguro (legislación aplicable, coberturas incluidas y excluidas, derechos y deberes de las partes, posibles situaciones que pueden producirse, etc.).
- Las "Condiciones particulares": documento que individualiza y define el riesgo a cubrir, en función de la información facilitada por el tomador (en su caso, en la solicitud-cuestionario). Identifica las distintas figuras que intervienen en el contrato (asegurado y beneficiario si fueran diferentes del tomador), y se establecen los capitales cubiertos, las franquicias y el resto de condiciones acordadas. Incluye, por tanto, las cláusulas que, por voluntad de las partes, completan o modifican las condiciones generales.
- Las "Condiciones especiales y suplementos (apéndices)": documentos que establecen modificaciones del contrato y que pueden acordarse con posterioridad a la firma del mismo.
 - > Si el contenido de la póliza difiere del contenido de la propuesta de seguro, el tomador puede exigir al asegurador que, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin que el tomador efectúe reclamación alguna, será aplicable lo dispuesto por la póliza.
 - > Salvo en el caso de los Seguros de Vida, en los que será posible establecer plazos más largos (ej. edad de jubilación o fallecimiento del asegurado), la duración máxima del Contrato de Seguro es de diez años. Las partes, TOMADOR o ASEGURADOR, podrán oponerse a su prórroga mediante notificación escrita a la otra parte con, al menos, dos meses de antelación a su vencimiento.

2. OBLIGACIONES Y DERECHOS DE LAS PARTES FIRMANTES DE UN CONTRATO DE SEGURO

Las principales Obligaciones y Derechos derivados del Contrato de Seguros pueden analizarse de forma secuencial, en las diferentes fases de la contratación:

FASES DE LA CONTRATACION DEL SEGURO	OBLIGACIONES DE UNA PARTE (DERECHOS de la otra parte)
<p style="text-align: center;">1 SOLICITUD/ INFORMACIÓN</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ASEGURADOR <ul style="list-style-type: none"> - INFORMACIÓN → Legislación aplicable y fórmulas de reclamación. • TOMADOR <ul style="list-style-type: none"> - INFORMACIÓN → Riesgo a cubrir suministro de datos que determinan la naturaleza del riesgo y el valor de la prima.



1 - Solicitud / Información de datos y circunstancias que afecten al riesgo

EL ASEGURADOR:

- Antes de celebrar un contrato de seguro de vida, o uno distinto si el tomador fuese una persona física, **debe informar al tomador de la legislación aplicable al contrato y las reclamaciones que puedan formularse.** Durante el período de vigencia del contrato de seguro de vida, debe informarle sobre las modificaciones que se produjeran en la información inicialmente suministrada.
- Cuando se trate del contrato de seguro **distinto del seguro sobre la vida**, que vaya a celebrarse en el marco de un sistema de prestación de servicios a distancia, **organizado por el asegurador, y que utilice exclusivamente una o varias técnicas de comunicación a distancia hasta la celebración de este contrato**, y siempre que el tomador sea una persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, también **deberá informar sobre la existencia del derecho de rescisión unilateral, por parte del tomador, en el plazo de 14 días desde la firma del contrato.**
- En el caso de seguros de vida de duración superior a seis meses, **deberá informar del derecho de rescisión unilateral, por parte del tomador, en el plazo de quince días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional.**
- En ambos casos (posible rescisión unilateral) informará, asimismo de **la forma de ejercicio de dichos derechos y del procedimiento a seguir para la celebración del contrato.**
- En los seguros de vida en que el tomador asume el riesgo de la inversión, se informará de forma clara y precisa de que el importe que se va a percibir depende de fluctuaciones en los mercados

financieros, ajenos al control del asegurador y cuyos resultados históricos no son indicadores de resultados futuros.

EL TOMADOR - ASEGURADO:

- Tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de **declarar al asegurador**, de acuerdo con el cuestionario que éste le entregue, **todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo**. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete a ningún cuestionario.
- En relación a esta obligación, podrían darse una serie de derechos para el asegurador si existieran reservas o inexactitudes en la información suministrada:
 - El asegurador podrá rescindir el contrato, mediante declaración dirigida al tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de las reservas o inexactitudes en la información suministrada. Corresponderán al asegurador las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración (salvo dolo o culpa grave por su parte).
 - Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración mencionada, su prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si hubo dolo o culpa grave del tomador, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.
- Si se trata de un seguro de daños (que cubren las posibles pérdidas en el patrimonio material del asegurado), deben, salvo pacto en contrario, comunicar a cada asegurador **la existencia de otros contratos** con otros aseguradores, si dichos contratos cubrieran los efectos que **un mismo riesgo** pudiera producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo.
- Deben, durante la vigencia del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, las **circunstancias que agraven el riesgo** y que sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la celebración del contrato, no lo habría celebrado o lo habría hecho en condiciones más gravosas. En este caso también podrían darse una serie de derechos para el asegurador:
 - Si el tomador o el asegurado no efectúan la declaración del agravamiento del riesgo y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.
 - El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta propuesta para aceptarla o rechazarla.
 - En caso de rechazo, o de silencio, el asegurador puede, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole, para que conteste, un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al tomador la rescisión definitiva.
 - El asegurador puede, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo
- Podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del asegurador, las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en

el momento de la celebración del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables. Esta situación dará nuevos derechos al tomador-asegurado:

- Al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente.
- En caso contrario, el tomador tiene derecho a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.
- En caso de seguros de daños (sobre bienes), deberá comunicar **la transmisión del objeto asegurado** al asegurador o a sus representantes, en el plazo de quince días (el adquirente se subroga en el momento de la transmisión en los derechos y obligaciones que correspondían, en el contrato de seguro, al anterior tomador).
- En este caso son posibles dos circunstancias de rescisión de la póliza:
 - El asegurador podrá rescindir el contrato dentro de los quince días siguientes a aquél en que tenga conocimiento de la transmisión verificada, quedando todavía obligado por el contrato durante el plazo de un mes, a partir de la notificación realizada por escrito al adquirente. Deberá restituir la parte de la prima que corresponda al período de riesgo que finalmente no soporte.
 - El adquirente también puede rescindir el contrato si lo comunica por escrito al asegurador en un plazo de quince días. En este caso, el asegurador no tiene obligación de restituir la parte proporcional de la prima ya pagada.

2 - Pago de las primas

EL TOMADOR:

Está obligado al pago de la prima al asegurador, en las condiciones estipuladas en la póliza. Podrían darse las siguientes circunstancias:

- 1.^a Si por culpa del tomador, la primera prima no fuera pagada, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva, con base en la póliza.
- 2.^a Si se produce el siniestro sin que la primera prima haya sido pagada, el asegurador queda liberado de su obligación (salvo pacto en contrario).
- 3.^a En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda "suspendida" un mes después del día de su vencimiento. Esto significa que el asegurador concede al asegurado un "mes de gracia", durante el cual no pierde la cobertura. Si durante este plazo, el asegurado sufriese un siniestro y quisiese obtener la prestación, podrá obtenerla previo pago de la prima correspondiente.
- 4.^a Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- 5.^a La cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pague la prima.

3 - Acaecimiento de un siniestro

EL TOMADOR- ASEGURADO-BENEFICIARIO:

Están obligados a comunicar al asegurador el siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido (salvo que en la póliza se fije un plazo más amplio). Y además, suministrar al asegurador información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Las comunicaciones que se efectúen a un agente del asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste. Podrían darse las siguientes circunstancias:

- 1.^a Si el tomador/asegurado/beneficiario incumplen su obligación de comunicar el siniestro en el plazo previsto, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de tal declaración, salvo que se demuestre que el asegurador tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.
- 2.^a A pesar de este deber de comunicación, la pérdida del derecho a la prestación sólo se producirá si existiera dolo o culpa grave por parte del tomador/ asegurado.

Deben emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. Es importante destacar las siguientes circunstancias:

1. Los gastos que se originen por el cumplimiento de esta obligación correrán por cuenta del asegurador (siempre que no sean inoportunos o desproporcionados), de forma que tal indemnización no exceda de la suma asegurada.
2. Si, en virtud del contrato, el asegurador sólo debe indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, deberá reembolsar así mismo la parte proporcional de los gastos.
3. Si el tomador o asegurado incumplen su obligación de aminorar las consecuencias del siniestro, el asegurador podrá reducir su prestación en la proporción oportuna.

4 - Prestaciones (indemnización económica/ reparación o reposición del bien asegurado/servicio)

EL ASEGURADOR:

- Está obligado al pago de la prestación (económica o de servicios). Quedando liberado de esta obligación si el asegurado hubiera actuado de mala fe.
- Debe efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del **importe mínimo** de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.
- Cuando la naturaleza del seguro lo permita y el asegurado lo consienta, el asegurador podrá sustituir el pago de la indemnización por la reparación o la reposición del objeto siniestrado.
- El asegurador **incurre en mora** cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiese procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.
- La **indemnización por mora** se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

- En relación a las reclamaciones de las prestaciones:
 - El juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro es el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contra.
 - Las acciones que se derivan del contrato prescriben a los dos años si se trata de seguro de daños (bienes materiales) y en cinco si el seguro es de personas.

COMPORTAMIENTOS DEL TOMADOR QUE PUEDEN PROVOCAR LA PERDIDA DE PRESTACIONES

- Reserva o inexactitud en las informaciones suministradas al asegurador en la solicitud del seguro;
- No declaración de la agravación del riesgo;
- Falta de pago de la primera prima y/o de las siguientes (una vez transcurrido el "mes de gracia");
- No empleo de los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro;
- No comunicación del siniestro en el plazo previsto (posible reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador)
- Mala fe en su actuación

Si el TOMADOR quiere evitar que el asegurador rescinda el contrato de seguros que ha firmado:

- DEBE suministrarle información exacta y sin errores sobre la naturaleza y situación del riesgo asegurado,
- DEBE comunicarle las circunstancias que supongan un agravamiento del riesgo,
- DEBE pagar la primera prima y siguientes,
- DEBE comunicar la transmisión/ venta del objeto asegurado.

SUPUESTOS DE RESCISIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGUROS

MOTIVOS POSIBLES	QUIEN PUEDE TOMAR LA DECISIÓN DE RESCISIÓN	PLAZO PARA TOMAR LA DECISIÓN DE RESCISIÓN	CORRESPONDENCIA DE LA PRIMA PAGADA ANTICIPADAMENTE (por riesgo no cubierto hasta el vencimiento de la póliza en vigor)
Inexactitudes o errores del tomador-asegurado al rellenar la solicitud / cuestionario de la póliza. (ej. en seguros de vida, indicar una edad inferior; en seguros de enfermedad o de asistencia sanitaria, no mencionar operaciones quirúrgicas recientes).	Asegurador	1 mes desde el conocimiento de las inexactitudes o errores	Asegurador (salvo dolo o culpa grave por su parte)
Agravamiento del riesgo. (ej. en seguros de automóvil, nuevo conductor habitual joven con permiso de conducir reciente).	Asegurador	1 mes desde su conocimiento, o tras los plazos de 2 meses y 15 días para que el asegurado acepte su propuesta modificada	Asegurado (aunque no existe disposición legal)
Disminución del riesgo (sin que el asegurador reduzca la prima). (ej. en seguros de automóvil, traslado de domicilio a zonas de baja siniestralidad).	Asegurado	A partir del siguiente vencimiento, sin que el asegurador reduzca la prima	Asegurado (diferencia entre la prima pagada y la prima reducida desde el momento en que se comunicó la disminución del riesgo)
Falta de pago de la primera prima.	Asegurador	Vencimiento	No existe
Oposición a la prórroga (voluntad de las partes)	Asegurador o Asegurado	2 meses antes del vencimiento	No existe
Transmisión del objeto asegurado (ej. venta de un coche asegurado)	Asegurador	15 días desde el conocimiento de la transmisión	Asegurado
	Adquirente	15 días desde el conocimiento de la existencia del contrato de seguros	Asegurador
<ul style="list-style-type: none"> • Resolución unilateral del asegurado si contrato de seguro que utilice exclusivamente una o varias técnicas de comunicación a distancia, y siempre que el tomador sea una persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia - Seguros distintos del seguro sobre la vida 	Asegurado	14 días desde la firma del contrato	Asegurado (salvo la parte correspondiente al periodo de vigencia del contrato)
<ul style="list-style-type: none"> • Resolución unilateral del asegurado - Seguros de vida de duración superior a seis meses 	Asegurado	30 días tras la entrega de la póliza o documento provisional	Asegurado (salvo la parte correspondiente al periodo de vigencia del contrato)

3 - CONSIDERACIONES BASICAS EN LA CONTRATACION DE UN SEGURO

3.1. LOS MEDIADORES DEL SEGURO

Existen dos figuras básicas en la Mediación de la actividad aseguradora: el Agente y el Corredor de Seguros.

El Agente de seguros

Persona física (agente) o jurídica (sociedad de agencia) que, en virtud de un "contrato de agencia" firmado con una entidad aseguradora, realiza por cuenta de ésta labores de mediación, promoción, asesoramiento preparatorio y asistencia posterior con tomadores, asegurados o beneficiarios de los seguros.

Por tanto, el agente de seguros está vinculado a una determinada entidad aseguradora y constituye "prolongación" de ésta.

Su vinculación debe ser exclusiva, es decir, no podrá estar vinculado simultáneamente por "contrato de agencia" con varias entidades aseguradoras, a menos que éstas le autoricen expresamente para operar con otras entidades en determinados ramos, modalidades o contratos de seguros que ellas mismas no practiquen.

Las entidades aseguradoras llevan un registro de sus agentes, asignándoles un "número de registro", dato que cada agente debe incluir en su publicidad y documentación.

Las comunicaciones y los pagos de primas realizados por el tomador del seguro al agente surten los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

El Corredor de seguros

Persona física (corredor) o jurídica (correduría) que realiza labores de mediación en seguros, promoción, asesoramiento preparatorio y asistencia posterior, sin mantener ningún vínculo con una determinada entidad aseguradora.

Desarrolla su actividad de forma independiente respecto de cualquier entidad aseguradora: ofrece un asesoramiento profesional independiente a quien pretenda suscribir un seguro, informándole sobre las diferentes ofertas de las distintas entidades aseguradoras.

A diferencia del agente, el corredor actúa sin el respaldo de ninguna entidad aseguradora en particular. Es independiente y, por ello, no representa los intereses de una determinada compañía. Los pagos de primas realizados al corredor no se entienden como realizados a la entidad aseguradora.

Junto con Agentes y Corredores, también existen otras fórmulas de venta de los Seguros.

- Destaca, en particular, la colaboración de las entidades aseguradoras con entidades de crédito. Cada vez más, los bancos y cajas de ahorro ofrecen a su clientela la posibilidad de contratar todo tipo de seguros. De esta forma, actúan como intermediarios entre una compañía de seguros, que suele ser de su propio grupo empresarial, y su cliente.

La entidad bancaria le pedirá información del seguro que interesa a su cliente, le informará sobre las características de los seguros que puede ofrecerle y si, finalmente el cliente suscribe el contrato, cargará el pago de la prima en la cuenta de la persona asegurada/ tomadora de la póliza. Esta práctica es muy habitual cuando, por ejemplo, el cliente bancario solicita un préstamo hipo-

tecario y el banco le exige un seguro de vida y/o un seguro sobre la vivienda que adquiere dicho cliente.

- También destaca la creciente utilización del teléfono y de internet para contratar seguros. Existen compañías de seguros que prescinden de los canales tradicionales de agentes y corredores, y contratan sus pólizas exclusivamente por estas vías. Con estos "seguros telefónicos", las compañías aseguradoras ahorran costes y, en su caso, pueden ofrecer seguros más baratos.

3.2. - EL INFRASEGURO Y EL SOBRESEGURO

Dado que el objetivo último de los seguros es establecer una compensación que repare la pérdida sufrida en el patrimonio del Tomador-Asegurado como consecuencia de un siniestro, esta compensación en ningún caso deberá exceder la pérdida, es decir, el valor del objeto dañado y asegurado.

Si la indemnización superara el valor del bien asegurado, se produciría un enriquecimiento injusto del tomador-asegurado, con lo que este tomador podría llegar a tener interés en que se produjera el siniestro.

Por tanto, la indemnización del seguro patrimonial (de daños) está sometida a dos límites máximos:

- el capital asegurado en la póliza,
- el valor del objeto dañado.

En este contexto, pueden producirse dos situaciones.

- a) **Situación de supraseguro o sobraseguro:** el valor contratado por el tomador (capital asegurado) es superior al valor real del objeto.

En este caso, el tomador-asegurado podría querer reclamar el 100% del capital asegurado, argumentando que, efectivamente, ha estado pagando una prima proporcional a dicho capital. Sin embargo, el asegurador únicamente está obligado a indemnizarle por el valor real (de mercado) del objeto en el momento de producirse el siniestro.

El error en la valoración del bien asegurado es imputable, en todo caso, al tomador/asegurado, ya que, en su declaración inicial o solicitud del seguro, pudo no informar del valor real del bien. De forma deliberada o por negligencia, el tomador ha podido autoperjudicarse con primas superiores a las que le correspondía, para, en su caso, conseguir después una indemnización mayor.

- b) **Situación de infraseguro:** el valor contratado por el tomador (capital asegurado) es inferior al valor real del objeto.

En este supuesto, la indemnización se establece en función del capital asegurado. Si, por ejemplo, un bien que vale 10 es asegurado por 5, en el supuesto de que se produzca un siniestro total (pérdida total del bien), el asegurador únicamente indemnizará al tomador-asegurado por 5 (capital asegurado).

Si el siniestro fuese parcial también se aplicará la regla proporcional. En el ejemplo mencionado, si el daño sufrido fuera estimado en el 50% del valor del bien, la indemnización sería de 2,5 (50% sobre el capital asegurado, 5).

3.3. QUEJAS Y RECLAMACIONES

Las entidades oferentes de Servicios Financieros tienen la obligación de atender y resolver las quejas y reclamaciones que su clientela pudiera presentar, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos. Por tanto, tanto las entidades de crédito, como las empresas de servicios de inversión y las entidades aseguradoras deben contar con un DEPARTAMENTO O SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE. Las entidades que formen parte del mismo grupo económico podrán disponer de un Departamento o Servicio de Atención al Cliente único para todo el grupo.

Asimismo, podrán designar a un DEFENSOR DEL CLIENTE, entidad o experto independiente, a quien corresponderá la tarea de atender y resolver los tipos de reclamaciones que le hayan sido asignados, promover el cumplimiento de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros. El Defensor tomará decisiones respecto a las quejas presentadas por la clientela y, en todo caso, si estas decisiones fueran favorables a la reclamación, vincularán a la entidad financiera o aseguradora.

Su designación podrá efectuarse conjuntamente con otras entidades, de manera que este Defensor atienda y resuelva las reclamaciones de la clientela de todas ellas. En ambos casos, debe tratarse de personas con honorabilidad comercial y profesional, y con conocimiento y experiencia adecuados para ejercer sus funciones.

Asimismo, destaca la reciente creación legal de los COMISIONADOS PARA LA DEFENSA DEL CLIENTE DE SERVICIOS FINANCIEROS.

Estos Comisionados son tres órganos oficiales, independientes y autónomos, y están adscritos al Banco de España, a la Comisión Nacional del Mercado de Valores y a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, respectivamente:

- El Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Bancarios, (Banco de España), que resolverá las quejas y reclamaciones sobre servicios bancarios prestados por entidades de crédito, por sociedades de tasación y por los establecimientos de cambio de moneda autorizados.
- El Comisionado para la Defensa del Inversor, (Comisión Nacional del Mercado de Valores), que atenderá las quejas, reclamaciones y consultas formuladas por los clientes de los servicios de inversión, partícipes en Fondos de Inversión y accionistas de sociedades de inversión, que hayan delegado la gestión en una sociedad gestora de instituciones de inversión colectiva.
- El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), que conocerá las quejas, reclamaciones y consultas de los clientes de entidades aseguradoras y de entidades gestoras de Fondos de Pensiones, y que ejercerá la protección en relación con los mediadores de seguros.

Han de ser nombrados entre personas de reconocido prestigio en el ámbito económico o financiero con, al menos, 10 años de experiencia profesional. Su mandato tiene una duración de cinco años, sin posible renovación.

La presentación de las quejas y reclamaciones ante los Comisionados puede efectuarse personalmente o mediante representación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos. En el documento que se presente como queja o reclamación debe constar:

- Nombre, apellidos, y domicilio de la persona interesada y, en su caso, de la persona que lo represente, debidamente acreditada; número del documento nacional de identidad para las personas físicas y datos referidos a registro público para las jurídicas.

- Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento.
- Oficina u oficinas, departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos objeto de la queja o reclamación.
- Declaración de que la persona reclamante no tiene conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación está siendo tratada en ningún procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- Lugar, fecha y firma.

El reclamante debe aportar, además, las pruebas documentales que obren en su poder, y en las que se fundamente su queja o reclamación.

Para su admisión y tramitación, será **imprescindible acreditar que se ha formulado previamente la reclamación por escrito al Departamento o Servicio de Atención al Cliente o, en su caso, al Defensor del Cliente**, quienes deberán resolverlas o denegarlas igualmente por escrito y motivadamente.

En otro caso, el reclamante **deberá acreditar que ha transcurrido un plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta, denegada su admisión o desestimada.**

Una vez que la reclamación ha sido recibida por el Comisionado se verificará, en un plazo de diez días hábiles, si concurren las circunstancias mencionadas y, si se cumplen los requisitos necesarios, se procederá a la apertura de un expediente por cada reclamación, en el que se incluirán todas las actuaciones relacionadas con el mismo.

Las quejas o reclamaciones podrán ser presentadas indistintamente ante cualquiera de los Comisionados, con independencia de su contenido, o directamente en los Servicios de Reclamaciones del Banco de España, de la Comisión Nacional del Mercado de Valores y de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones respectivamente, o en sus delegaciones.

El recurso a los Comisionados para presentar quejas o reclamaciones se entiende **sin perjuicio de la utilización de otros sistemas de protección previstos en la legislación vigente**, en especial, en la normativa arbitral y de consumo. En todo caso, los Comisionados **no podrán atender las consultas, quejas o reclamaciones cuando tengan conocimiento de que el asunto a que se refieran se encuentre o haya sido sometido a cualquier instancia arbitral, administrativa o judicial.**

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

Paseo de la Castellana, 44
28046 Madrid
Teléfono: 91 339 70 00
Fax: 91 339 71 24
www.dgsfp.mineco.es

COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO Y DEL PARTÍCIPE EN PLANES DE PENSIONES

(Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones)
Paseo de la Castellana, 44
28046 Madrid
Teléfono: 91 339 71 01
Fax: 91 339 71 33
www.quejasyreclamaciones.com/comisionado.htm

3.4. EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

El Consorcio de Compensación de Seguros es una entidad pública, adscrita al Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con personalidad jurídica propia.

Su función fundamental es la cobertura de los siniestros que se deriven de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España (daños directos en las personas y en los bienes), entendiéndose como tales los siguientes:

- terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas y caídas de cuerpos siderales y aerolitos;
- terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular;
- hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de las fuerzas y cuerpos de seguridad en tiempo de paz.

El Consorcio se encarga, también, de garantizar el pago de las indemnizaciones cuando la entidad aseguradora ha sido declarada en situación de quiebra, suspensión de pagos o si, hallándose en situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación.

La financiación de estas coberturas se realiza a través del cobro de una serie de recargos obligatorios en todas las contrataciones de los diferentes tipos de seguros realizadas en España. Aunque el tomador podría dirigirse directamente al Consorcio para obtener la indemnización correspondiente, lo más frecuente es que sea la propia compañía de seguros quien realice la tramitación.

Consorcio de Compensación de Seguros
Serrano, 69
28006 Madrid
Tel. 91- 339 57 07

4 - TIPOS DE SEGUROS

4.1. LA CLASIFICACIÓN LEGAL DE LOS SEGUROS

La Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, establece la siguiente clasificación de los seguros:

- **Seguros de daños o patrimoniales**, sobre riesgos que, eventualmente, podrían mermar el patrimonio, es decir, los bienes materiales del asegurado:
 1. Seguro de incendios: cubre los daños producidos por el incendio en un determinado objeto asegurado.
 2. Seguro contra robo: cubre los daños derivados de la sustracción ilegítima, por parte de terceros, de las cosas aseguradas.
 3. Seguro de Transporte Terrestre: cubre la indemnización de los daños materiales sufridos por las mercancías transportadas, el medio utilizado u otros objetos asegurados, con ocasión o como consecuencia del transporte terrestre.

4. Seguro de Lucro cesante: cubre la indemnización por la pérdida de un rendimiento económico que hubiera podido alcanzarse en un acto o actividad, de no haberse producido el siniestro descrito en el contrato.
5. Seguro de caución: cubre la indemnización al asegurado en caso de incumplimiento por parte del tomador de sus obligaciones legales o contractuales.
6. Seguro de crédito: cubre la indemnización al asegurado por las pérdidas finales que experimente a consecuencia de la insolvencia definitiva de sus deudores.
7. Seguro de responsabilidad civil: cubre la obligación del asegurado de indemnizar a un tercero por los daños y perjuicios causados por un hecho cubierto por el contrato y de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho.
8. Seguro de defensa jurídica: cubre los gastos en que pueda incurrir el asegurado como consecuencia de su intervención en un procedimiento administrativo, judicial o arbitral, así como la prestación de servicios de asistencia jurídica, judicial y extrajudicial derivados de los hechos cubiertos en el contrato.
9. Reaseguro: el "reasegurador" se obliga a reparar la deuda del "reasegurado", a consecuencia de la obligación asumida por éste como asegurador en un contrato de seguro.

Los **seguros de daños** pretenden compensar por una pérdida material sufrida y, por tanto, identifican uno o más "objetos asegurados". La prestación podrá consistir en su reparación o sustitución, en la entrega de una suma de dinero equivalente al valor del daño sufrido, o en un servicio determinado.

- **Seguros de personas**, referidos a los riesgos que pudieran afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado:
 1. Seguro sobre la vida: cubre los supuestos de muerte, supervivencia, o ambos conjuntamente.
 2. Seguro de accidentes: cubre las lesiones corporales (invalidez temporal o permanente, o muerte) que se derivan de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
 3. Seguro de enfermedad y de asistencia sanitaria: cubre las consecuencias de una enfermedad del asegurado, incluyendo, en su caso, una determinada asistencia médica, farmacéutica u hospitalaria.

En los **seguros de personas** (excepto en caso de seguros de asistencia sanitaria), la prestación o indemnización consiste en la entrega de una suma de dinero determinada y pactada de antemano. Tiene, evidentemente, una función compensatoria, ya que en ningún caso la indemnización tiene una relación real con los daños producidos (la salud no tiene valoración económica).

4.2. LOS SEGUROS COMBINADOS

Las compañías aseguradoras, cada vez más, ofrecen "seguros combinados" o "modulares", en los que integran diferentes situaciones de riesgo y prestaciones. En una misma póliza, el tomador-asegurado contrata aquellos módulos o garantías específicas del contrato combinado que más le interesen.

La entidad aseguradora puede ofrecer los "seguros combinados" de dos maneras diferentes:

- Como seguro "multirriesgo", enumerando los diferentes riesgos cubiertos.

- Como seguro "todo riesgo", estipulando el compromiso de la compañía aseguradora de cubrir todos los riesgos posibles con la excepción de los expresamente citados. En esta modalidad, la carga de la prueba recae en el asegurador, en la medida en que deberá ser éste quien, en su caso, deberá demostrar la exclusión del siniestro para no hacer efectiva la prestación comprometida en el contrato.

Dos de los seguros más generalizados entre los ciudadanos de a pie son el del automóvil y el "multirriesgo" del hogar. Ambos son seguros "combinados", ya que incluyen diferentes garantías y coberturas posibles. Es el tomador-cliente quien selecciona las garantías/coberturas que mejor se adaptan a su situación.

Coberturas o garantías (situaciones de riesgo/prestaciones) que normalmente se integran en los seguros combinados del automóvil y multirriesgo del hogar:

Seguro del Automóvil:

- Seguro obligatorio del automóvil:
 - Responsabilidad civil obligatoria (seguro de daños y de personas).
- Seguros voluntarios del automóvil (el tomador-asegurado decide sobre su contratación):
 - Responsabilidad civil suplementaria (seguro de daños y de personas).
 - Daños al propio vehículo (seguro de daños).
 - Robo del vehículo (seguro de daños).
 - Rotura de lunas (seguro de daños).
 - Seguro del conductor (seguro de daños y de personas).
 - Retirada del permiso de conducir (seguro de daños).
 - Defensa penal y reclamaciones (seguro de daños).
 - Asistencia en viaje (seguro de daños y de personas).

Seguro Multirriesgo del Hogar:

- Cobertura de daños materiales:
 - Incendio, explosión y caída de rayo.
 - Actos de vandalismo o malintencionados.
 - Fenómenos atmosféricos.
 - Daños eléctricos.
 - Daños por humo.
 - Inundación.
 - Impactos y ondas sónicas.
 - Pérdida o deterioro de alimentos refrigerados.
 - Robo, expoliación y hurto.
 - Daños producidos por el agua.
 - Rotura de cristales.
 - Inhabitabilidad de la vivienda y pérdida de alquileres.
 - Gastos de extinción, salvamento y desescombro.
 - Reposición de documentos.

- Restauración estética del continente.
- Pago anticipado de daños reclamados a terceros.
- Responsabilidad Civil.
- Defensa Jurídica.
- Asistencia en el Hogar.

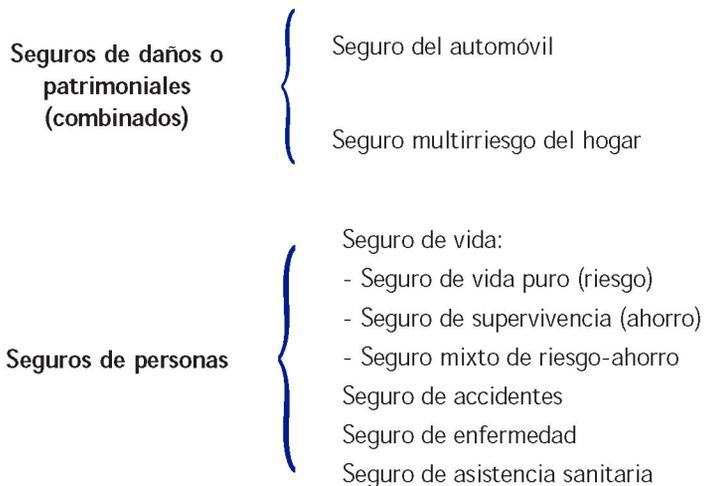
La clasificación que aparece entre paréntesis respecto a cada cobertura hace referencia a su clasificación legal, como seguro de daños o de personas. La diferencia fundamental hace referencia al plazo de prescripción de las acciones o reclamaciones que se deriven de cada seguro:

- Para los seguros de daños, el plazo es de dos años.
- Para los de personas, el plazo es de cinco años.

4.3. LOS SEGUROS HABITUALES QUE CONTRATA EL CONSUMIDOR

- Patrimoniales (Automóvil, Hogar).
- Personales (Vida-Ahorro, Accidentes, Enfermedad, Asistencia Sanitaria).

En los siguientes Capítulos se analizan los Seguros que, con mayor frecuencia, son contratados por los Consumidores:



5 - C U E S T I O N E S C L A V E

- Con la contratación de un seguro, el consumidor pretende proteger y salvaguardar su patrimonio y/o su salud. A cambio del pago de una "prima", el "tomador" obtiene la promesa de la compañía de seguros ("asegurador") de resarcirle a él, o a un tercero perjudicado o beneficiario, por la pérdida sufrida en un "siniestro".
- El contrato de seguro o "póliza" consta de unas "Condiciones Generales" y unas "Condiciones Particulares". Las primeras incluyen las cláusulas generales, exclusiones, derechos y deberes de las partes y referencia a la legislación aplicable al contrato. Las Particulares definen el "riesgo" que se asegura, es decir, identifica las partes que firman el contrato, los bienes y/o capitales asegurados, franquicias acordadas y otras cláusulas pactadas.
- La compañía aseguradora podrá reducir la prestación o indemnización si el tomador le suministra datos inexactos (ha cobrado una prima inferior), no le informa del agravamiento del riesgo, no paga las primas, no colabora en la aminoración del daño, no le comunica el acaecimiento del siniestro en un plazo de siete días y, en cualquier caso, si este tomador actuara de mala fe.
- Todas las aseguradoras deben disponer de un Departamento o Servicio de Atención al cliente, con el fin de atender quejas o reclamaciones de los asegurados. Asimismo, e independiente de que también designen a un "Defensor del Cliente", el asegurado podrá acudir al "Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en Planes de Pensiones" (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones).

II

El Seguro del automóvil

1. El Seguro de Responsabilidad Civil del Automóvil
 - 1.1. Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil
 - 1.2. Seguro Voluntario de Responsabilidad Civil
2. Otros Seguros Voluntarios del Automóvil
 - 2.1. Daños al propio vehículo
 - 2.2. Robo del vehículo
 - 2.3. Rotura de lunas
 - 2.4. Seguro del conductor
 - 2.5. Retirada del permiso de conducir
 - 2.6. Defensa penal y reclamaciones
 - 2.7. Asistencia en viaje
3. Exclusiones habituales del Seguro del Automóvil
4. Sistemas de Recargos y Bonificaciones en la prima
5. Cuestiones clave

1. EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL AUTOMÓVIL

Los conductores de vehículos a motor son responsables de los daños causados con motivo de su circulación, es decir, derivados del riesgo que, implícitamente, conlleva la propia circulación o conducción del vehículo. Son responsables, por tanto, de los daños causados por los accidentes que pudieran provocar.

TIPOS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

- 1.1. **Seguro obligatorio de responsabilidad civil, o Seguro Obligatorio del Automóvil (SOA):** seguro que, por imperativo legal, debe contratar todo propietario de un vehículo a motor que tenga su estacionamiento habitual en España. Se destina a cubrir los daños personales o materiales causados a terceras personas dentro de los límites legalmente establecidos,
- 1.2. **Seguro voluntario de responsabilidad civil (Responsabilidad Civil Suplementaria):** seguro contratado voluntariamente por el propietario de un automóvil para disponer de una cobertura superior a la mínima obligatoria.

La Responsabilidad Civil del conductor se refiere a dos tipos de daños:

- **Daños causados en las personas.**

La responsabilidad civil es "objetiva", lo que significa que no es necesario que exista culpa por parte de la persona causante del daño o perjuicio. El conductor sólo queda exonerado cuando pruebe que los daños fueron debidos únicamente a la conducta o negligencia del perjudicado, o a una "fuerza mayor" extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo.

- **Daños causados en los bienes.**

La responsabilidad civil es "subjetiva", lo que significa que debe existir necesariamente un comportamiento culpable por parte del causante del daño. El conductor sólo deberá indemnizar al perjudicado cuando sea culpable es decir, "civilmente responsable", del daño.

Si, en ambos casos, existiera negligencia de las dos partes (conductor y perjudicado), éstas deberán repartirse la cuantía de la indemnización, en función de las culpas y responsabilidades.

Las prestaciones por daños y perjuicios causados a las personas comprenden tanto las PERDIDAS sufridas como las GANANCIAS que el(los) perjudicado(s) haya(n) dejado de obtener, e incluyen, en todo caso, los daños morales.

Su cuantificación se realiza conforme a unos criterios establecidos legalmente, y se basa en tres categorías de daños:

DAÑOS EN LAS PERSONAS

- a) Fallecimiento,
- b) Lesiones permanentes,
- c) Incapacidades temporales

En el caso de fallecimiento, los perjudicados son los diferentes familiares de la víctima, mientras que en los otros dos casos, lesiones e incapacidades, el(los) perjudicado(s) es(son) la(s) víctima(s).

La responsabilidad civil también cubre los "DAÑOS EMERGENTES":

- a) Gastos de asistencia médica y hospitalaria.
- b) Gastos de entierro y funeral.

La ley plantea un SISTEMA DE VALORACIÓN diferente para los tres supuestos de fallecimiento, lesiones permanentes e incapacidad temporal:

a) Fallecimiento

Las indemnizaciones por DAÑOS BÁSICOS a los PERJUDICADOS -familiares de la víctima-, al margen de los gastos emergentes mencionados, se fijan en unas tablas que se actualizan anualmente.

Son sumas de dinero que decrecen con la mayor edad del fallecido y que, en todo caso, varían para cada tipo de familiar perjudicado (cónyuge, hijos menores de edad, hijos menores de veinticinco años, hijos mayores, padres que convivían y no convivían con la víctima, hermanos, etc.).

Asimismo, la legislación plantea una serie de circunstancias que deben contemplarse para la más exacta valoración del daño. Modifican, por tanto, las indemnizaciones básicas.

Los elementos correctores de incremento de la indemnización son:

1. Ingresos de la víctima por trabajo personal (con mayores ingresos aumenta la indemnización).
2. Circunstancias familiares especiales (las discapacidades físicas o psíquicas del familiar aumentan la indemnización).
3. Víctima hijo único (la menor edad aumenta la indemnización).
4. Fallecimiento de ambos padres (con hijos menores aumenta la indemnización).
5. Víctima embarazada con pérdida del feto (si fuera primer hijo y a partir del tercer mes de embarazo, aumenta la indemnización).

Los elementos correctores de disminución de la indemnización son:

1. La "conurrencia" de la propia víctima en la producción del accidente o en la agravación de sus consecuencias (incluso en la cobertura de los gastos de asistencia médica y hospitalaria, y de entierro y funeral).

Estos elementos no son excluyentes, lo que significa que, pueden tener que ser considerados en un mismo siniestro.

b) Lesiones permanentes

Las indemnizaciones por DAÑOS BÁSICOS a los PERJUDICADOS -víctimas del accidente de automóvil-, al margen de los gastos emergentes también se establecen legalmente en unas tablas que se actualizan anualmente.

En este caso, el sistema se establece en función de una "Clasificación y Valoración de Secuelas", que otorga una puntuación determinada a los diferentes tipos de secuelas. Según los casos, el sistema permite un margen en la valoración, de manera que la puntuación podría variar en función del criterio clínico, según la intensidad y gravedad de la secuela.

Las indemnizaciones básicas dependen de la puntuación otorgada a la lesión (la escala varía de 1 a 100 puntos) y de la edad de la víctima (decrecen a mayor edad).

Asimismo, la legislación plantea una serie de circunstancias que deben contemplarse para la más exacta valoración del daño. Modifican, por tanto, las indemnizaciones básicas.

Los elementos correctores de incremento de la indemnización son:

1. Ingresos de la víctima por trabajo personal (con mayores ingresos aumenta la indemnización).
2. Daños morales complementarios (una secuela que supera 75 puntos, o varias concurrentes que superan los 90).
3. Lesiones permanentes que constituyen una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la víctima (la incapacidad permanente absoluta aumenta la indemnización).
4. Grandes inválidos.
5. Adecuación de la vivienda.
6. Perjuicios morales de familiares (alteración de la vida y convivencia).
7. Embarazada con pérdida del feto (si fuera primer hijo y a partir del tercer mes de embarazo, aumenta la indemnización).
8. Adecuación de Vehículo propio.
9. La producción de invalideces concurrentes y, en su caso, la subsistencia de incapacidades preexistentes.

Los elementos correctores de disminución de la indemnización son:

1. La "conurrencia" de la propia víctima en la producción del accidente o en la agravación de sus consecuencias (incluso en la cobertura de los gastos de asistencia médica y hospitalaria)
2. La subsistencia de incapacidades preexistentes o ajenas al accidente que hayan influido en el resultado lesivo final.

De nuevo, los elementos correctores no son excluyentes, lo que significa que, en efecto, pueden tener que ser considerados en un mismo siniestro.

En todo caso, y lo mismo que sucede con las incapacidades temporales, es preciso un INFORME MEDICO para la determinación y concreción de las lesiones (y para determinar los gastos médicos).

c) Incapacidades temporales

Las indemnizaciones se determinan por un IMPORTE DIARIO, variable según se precise o no, una estancia hospitalaria. Esta suma se multiplica por los días en que tarde en sanar la lesión y se corrige conforme a dos factores:

Elemento corrector de incremento de la indemnización:

1. Ingresos de la víctima por trabajo personal (con mayores ingresos aumenta la indemnización),

Elemento corrector de disminución de la indemnización:

1. La "conurrencia" de la propia víctima en la producción del accidente o en la agravación de sus consecuencias (incluso en la cobertura de los gastos de asistencia médica y hospitalaria)

1.1. SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

La legislación española prevé que todo propietario de vehículo a motor con estacionamiento habitual en España contrate, de forma obligatoria, un Seguro de Responsabilidad Civil con una cobertura mínima. Es el Seguro obligatorio de responsabilidad civil, o Seguro Obligatorio del Automóvil (SOA).

La cobertura del SOA incluye daños en las personas y daños en los bienes. Respecto a los primeros, incluye las prestaciones mencionadas del Seguro de Responsabilidad Civil, más los "Gastos emergentes", y su cálculo se realiza de la misma manera, es decir, conforme a las Tablas de la legislación vigente.

- a) Fallecimiento,
- b) Lesiones permanentes,
- c) Incapacidades temporales (incluye gastos de asistencia médica y hospitalaria, y gastos de entierro y funeral).

La circulación de vehículos no asegurados con el SOA está prohibida por todo el territorio nacional.

La no contratación del SOA podría suponer el depósito del vehículo con cargo a su propietario y la imposición de una sanción de entre 601 y 3.005 euros, según que el vehículo estuviera circulando o no, la categoría del mismo, el servicio que prestase, la gravedad del perjuicio causado en su caso, la duración de la falta de aseguramiento y la reiteración de la misma infracción.

Todo conductor está obligado a presentar la documentación acreditativa del seguro a cualquier agente de la autoridad (justificante de pago de la prima del período de seguro en curso), bajo pena de sufrir una sanción de 60 euros.

LÍMITES DEL ASEGURAMIENTO OBLIGATORIO

DAÑOS EXCLUIDOS:

- Límites de todo Seguro de Responsabilidad Civil: daños debidos únicamente a conducta o la negligencia del perjudicado y a fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo.
- DAÑOS EXCLUIDOS de la cobertura del SOA:
 - Daños sufridos por el conductor.
 - Daños en el vehículo y en las cosas transportadas en él.
 - Daños en bienes que sean propiedad del tomador, del asegurado, del propietario o del conductor del vehículo, o de sus familiares directos.
 - Daños provocados por vehículos robados.

LÍMITE CUANTITATIVO

- Daños en las personas: 350.000 euros, por víctima.

II | El Seguro del automóvil

- Daños en los bienes: 100.000 euros por siniestro (cualquiera que fuera el número de vehículos o bienes afectados).
- Gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria: cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas.
- Gastos de entierro y funeral: cuantía según los usos y costumbres del lugar donde se preste el servicio.

En el supuesto de que la indemnización por los daños en las personas (según baremo legal) y/o en los bienes excediera de las coberturas del SOA (350.000 y 100.000 euros respectivamente), la diferencia deberá ser cubierta por el Seguro Voluntario de Responsabilidad Civil (si éste hubiera sido contratado por el propietario del automóvil) o, en su defecto, por el responsable del siniestro.

Coberturas habitualmente excluidas en el seguro de responsabilidad civil pero sin posible "oposición" frente al perjudicado en el ámbito del SOA (hasta límites cuantitativos mencionados):

- Conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.
- Conducción sin permiso de conducir.
- Incumplimiento de las obligaciones legales de orden técnico relativas al estado de seguridad del vehículo.
- Utilización ilegítima del vehículo ajeno, o sin autorización.

El asegurador no podrá ejercer y oponer dichas exclusiones frente al perjudicado y, por tanto deberá indemnizarle, lo que no es óbice para que, posteriormente, repercuta dichas indemnizaciones al asegurado y/o conductor.

Responsabilidad del Consorcio de Compensación de Seguros

La póliza del SOA incluye una cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios asumidos por el Consorcio de Compensación de Seguros: fenómenos de la naturaleza y de carácter extraordinario, hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular, acciones de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad del Estado en tiempo de paz.

Además, y como sucede con el resto de seguros, es el Consorcio quien se responsabiliza de cubrir los daños corporales o materiales del SOA cuando la entidad aseguradora hubiera sido declarada en quiebra o suspensión de pagos, o estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación.

También le corresponde al Consorcio, en el ámbito del SOA (con sus límites cuantitativos) las indemnizaciones siguientes:

- Por daños corporales por siniestros ocurridos en España en los que el vehículo causante sea desconocido.
- Por daños corporales y materiales producidos por un vehículo que, estando asegurado, haya sido robado.
- Por daños corporales y materiales cuando el vehículo no estuviera asegurado.
- En general, por daños corporales o materiales cuando surgiera controversia entre el Consorcio de Compensación de Seguros y la entidad aseguradora acerca de quién debe indemnizar al perjudicado. Si posteriormente se resuelve o se acuerda que corresponde indemnizar a la entidad asegu-

II | El Seguro del automóvil

radora, ésta reembolsará al Consorcio la cantidad indemnizada más los intereses legales incrementados en un 25 por 100, desde la fecha en que abonó la indemnización.

En los supuestos de vehículos robados o no asegurados, quedan excluidos de la indemnización del Consorcio los daños a las personas y en los bienes sufridos por quienes ocuparan voluntariamente el vehículo causante del siniestro, conociendo que éste no estaba asegurado o que había sido robado. En todo caso, el Consorcio podrá ejercer el "derecho de repetición" contra los autores, cómplices o encubridores del robo del vehículo causante del siniestro, o contra el propietario y responsable del accidente cuando el vehículo no estuviera asegurado.

Por otra parte, el Consorcio está obligado a contratar los seguros obligatorios del automóvil que no sean aceptados por otras entidades aseguradoras.

1.2. SEGURO VOLUNTARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL AUTOMÓVIL (SVA)

El tomador-asegurado podrá optar por suscribir un seguro que complemente al SOA en cuanto a su Responsabilidad Civil, hasta límites superiores o, incluso, sin límites. Este es el seguro de responsabilidad civil suplementaria, cuya suscripción es, efectivamente, voluntaria por parte del tomador.

Prestaciones del asegurador

El asegurador cubre la responsabilidad en la que pudiera incurrir el propietario o el conductor de un vehículo por los daños materiales y corporales causados a terceros en la parte en que la indemnización excediera de las sumas garantizadas por el seguro obligatorio (350.000 euros por víctima en daños personales y 100.000 euros por siniestro en daños materiales).

La cobertura de los daños sufridos por el conductor está expresamente excluida del Seguro Obligatorio y también queda fuera del ámbito de este Seguro Voluntario, ya que se trata de un Seguro de Responsabilidad Civil, es decir, frente "a Terceros".

La suma de los seguros de responsabilidad civil obligatoria y voluntaria (SOA y SVA) es lo que se conoce como "Seguro a Terceros". En ningún caso el Seguro de Responsabilidad Civil cubre los daños sufridos por el conductor.

2. OTROS SEGUROS VOLUNTARIOS DEL AUTOMÓVIL

El tomador-asegurado podrá de contratar diferentes modalidades de seguros voluntarios, que se añaden al Seguro de Responsabilidad Civil. Los más habituales en la oferta de las entidades aseguradoras son los siguientes:

1. Daños al propio vehículo,
2. Robo del vehículo,
3. Rotura de lunas,
4. Seguro del conductor,
5. Retirada del permiso de conducir,
6. Defensa Penal y Reclamaciones,
7. Asistencia en viaje.

2.1. DAÑOS AL PROPIO VEHÍCULO

Cubre, dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, los daños que pueda sufrir el vehículo asegurado como consecuencia de un accidente que se produzca por una causa exterior, súbita, violenta e instantánea, o por incendio o explosión, y en todo caso, con independencia de la voluntad del conductor y hallándose el vehículo circulando, parado o siendo transportado.

El seguro del Automóvil que cubre los daños producidos a Terceros (SOA y SVA) y los daños sufridos por el propio vehículo, incluso si fuera éste el causante involuntario del accidente, es conocido como el "Seguro a Todo Riesgo".

Existen tres modalidades de "seguros a todo riesgo" del automóvil:

- Los que cubren la totalidad de daños.
- Los que cubren únicamente la pérdida total del vehículo.
- Los que cubren únicamente las colisiones directas con otros vehículos, con personas o con animales.

Habitualmente se excluyen de la garantía los daños siguientes:

- Los causados por los objetos transportados en el vehículo, o con motivo de su carga o descarga.
- Los ocasionados por fenómenos sísmicos, atmosféricos o térmicos, incluidos los debidos a la congelación del agua del radiador.
- Los que afecten exclusivamente a los neumáticos (cubiertas y cámaras), salvo en los casos de pérdida total, incendio o explosión del vehículo asegurado.
- Los que afecten a los accesorios del vehículo que hubieren sido instalados por iniciativa del asegurado.
- Los producidos con ocasión de la circulación del vehículo por lugares que no sean vías aptas para ello.
- Los ocasionados en rótulos pintados o adheridos a la carrocería del vehículo.
- Las averías derivadas de la circulación del vehículo, posterior al accidente.

2.2. ROBO DEL VEHÍCULO

Prevé la indemnización por los daños derivados de la sustracción ilegítima del vehículo asegurado (o algún componente del mismo) por parte de terceros. El asegurado debe comunicar el suceso a las autoridades competentes (la denuncia del robo es obligatoria) y facilitar una copia de la denuncia al asegurador. Asimismo, debe poner de su parte cuantas medidas tenga a su alcance para descubrir a los autores y para recuperar el vehículo.

La cobertura no suele tener efectos (así se pacta en la mayoría de pólizas):

- Si la sustracción se produce por negligencia grave del asegurado, del tomador o de las personas que de ellas dependan o que convivan con ellos (por ejemplo, por haber dejado las puertas o las ventanillas abiertas, o por dejar las llaves puestas).

II | El Seguro del automóvil

- Si los familiares del asegurado o del tomador, o los dependientes o asalariados de cualquiera de ellos, son autores, cómplices o encubridores de la sustracción (familia hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad).

Plazo de indemnización.

Si se recupera el vehículo sustraído dentro del plazo fijado en la póliza (generalmente 30 ó 40 días), el propietario-asegurado está obligado a admitir su devolución, aunque el asegurador deberá asumir la reparación o reposición de los daños sufridos como consecuencia de la sustracción.

Por tanto, sólo si el vehículo no es recuperado en dicho plazo el asegurador se convierte en el nuevo propietario del vehículo y deberá indemnizar al asegurado. En su caso, podrá pactarse que el asegurado recupere su vehículo, reintegrando la indemnización percibida, y una vez que el vehículo haya sido reparado por cuenta del asegurador.

2.3. ROTURA DE LUNAS (CRISTALES)

Cubre la reposición de los cristales del vehículo (parabrisas, luna posterior y cristales de las puertas y del habitáculo interior), incluyendo los gastos de colocación, cuando su rotura se produzca por una causa exterior, violenta e instantánea y ajena a la voluntad del asegurado o del conductor.

A pesar de la habitual contratación individualizada de este seguro, cada vez es más frecuente su inclusión en el seguro general de "Daños al propio vehículo" mencionado anteriormente.

2.4. SEGURO DEL CONDUCTOR

Cubre las lesiones corporales sufridas por el conductor del vehículo (con consecuencias de invalidez temporal, invalidez permanente o muerte), en la medida en que sean producidas por accidentes derivados de una causa violenta súbita, externa y ajena a la voluntad del mismo conductor asegurado.

Esta póliza podrá incluir, en su caso, los gastos de asistencia sanitaria y los gastos de hospitalización.

2.5. RETIRADA DEL PERMISO DE CONDUCIR

El asegurador se compromete al pago de una indemnización mensual en el caso de retirada temporal del permiso de conducir del conductor-asegurado, cuando ésta fuera decidida por las autoridades administrativas o judiciales competentes.

Normalmente también incluye el asesoramiento jurídico y la preparación y presentación de pliegos de descargo en los expedientes de sanción que impliquen, en efecto, la eventual retirada del permiso.

Por el contrario, son habituales las exclusiones de la cobertura si la retirada del permiso se produjo en las siguientes circunstancias:

- Conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes.
- Quebrantamiento de una orden de retirada del permiso anterior.
- Conducción temeraria manifiesta que hubiera puesto en peligro la vida de las personas, su integridad o sus bienes.

II | El Seguro del automóvil

La indemnización se limita al período de tiempo que dure la retención o retirada del permiso, aunque se establece, en todo caso, un número máximo de mensualidades (dependiendo del caso, este límite puede variar entre 6 y 24 mensualidades). El importe de esta indemnización se establece en las condiciones particulares de la póliza y, con frecuencia, se fija en términos de un determinado porcentaje de los ingresos mensuales del asegurado (en algunos casos podría llegar hasta el 75 y el 80%).

Es un seguro especialmente indicado para los profesionales conductores de vehículos a motor (agentes y representantes comerciales, camioneros, conductores de autobuses o taxistas).

2.6. DEFENSA PENAL Y RECLAMACIONES

Las coberturas incluidas en este seguro son:

- Defensa de la responsabilidad penal en que pudiera incurrir el tomador, propietario y/o conductor del vehículo, con motivo de un hecho de la circulación. Incluye, en su caso, la constitución de fianzas que se exijan para garantizar la libertad provisional del asegurado conductor.
- Reclamación de los daños sufridos por el asegurado o por su vehículo, como consecuencia de un accidente de circulación.

En este caso, algunos aseguradores se comprometen, incluso, a anticipar el importe reclamado, una vez que se ha obtenido la conformidad de su pago por parte del culpable, con unos límites determinados por la póliza.

En las dos coberturas, es frecuente que se incluya el reintegro de los gastos de abogados y procuradores, cuando su intervención sea preceptiva por ley, aunque también es habitual que se establezca un importe máximo de esta indemnización.

La mayor parte de las entidades aseguradoras vinculan este seguro a la cobertura de Responsabilidad Civil suplementaria. Es habitual que ambos seguros se contraten de manera conjunta.

2.7. ASISTENCIA EN VIAJE

La póliza de "Asistencia en Viaje" permite al asegurado disfrutar de una serie de servicios de asistencia durante sus desplazamientos, en los supuestos de que se produjeran averías, accidentes y/o robos. Y también prevé la cobertura de ciertos gastos en que, en su caso, incurra el tomador-asegurado durante sus viajes.

Los riesgos cubiertos más habitualmente son de dos tipos:

1. Prestaciones a las personas (con o sin vehículo)

- Repatriación o traslado sanitario de heridos o enfermos.
- Retorno anticipado a España por razón familiar grave.
- Gastos de desplazamiento y de estancia de un familiar por hospitalización del asegurado.
- Repatriación a España de fallecidos.
- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.
- Prolongación de estancia en hotel por enfermedad.

II | El Seguro del automóvil

- Búsqueda y envío de equipajes y efectos personales extraviados.
- Transmisión de mensajes urgentes.

2. Prestaciones relacionadas con el vehículo.

- Remolque al taller más cercano para proceder a la reparación (avería/ accidente).
- Reparación de urgencia en carretera por avería mecánica (excluido el coste de las piezas a sustituir).
- Repatriación o traslado del vehículo averiado o accidentado, hasta el taller designado por el asegurado, cercano a su domicilio.
- Prestaciones en caso de inmovilización del vehículo por avería, accidente o robo: gastos de hotel, gastos de transporte de continuación del viaje o de repatriación.
- Repatriación del vehículo robado, si fuera recuperado.
- Traslado del asegurado para recoger su vehículo averiado.
- Envío de un conductor profesional por incapacidad del conductor.
- Envío de piezas mecánicas y de recambio, si no pudieran obtenerse en la zona.

El reembolso de los gastos ocasionados se efectúa contra presentación de documentos justificantes del pago (facturas, recibos, etc.) y dentro de los límites convenidos, aunque, en algunas ocasiones, las compañías se hacen directamente cargo del pago de las facturas (del hotel, por ejemplo).

En todo caso, es importante comunicar el siniestro al asegurador, lo que normalmente se hace mediante una llamada telefónica a un número facilitado por el propio asegurador de atención durante las 24 horas del día. Así conseguiremos la prestación del servicio oportuno (a través de su red de talleres mecánicos) y tendremos la conformidad previa del asegurador de que asume los gastos ocasionados.

Por otra parte, y aunque cada vez son menores, también puede ser importante conocer la existencia de franquicias kilométricas en las diferentes prestaciones relacionadas con el vehículo y de otras franquicias en la cobertura de los gastos médicos en las prestaciones a las personas.

Exclusiones habituales en las prestaciones a las personas

- Las recaídas de enfermedades conocidas y existentes antes de que el asegurado iniciara el viaje.
- Enfermedades mentales.
- Los embarazos, salvo en imprevistos y complicaciones hasta el sexto mes de gestación.
- Gastos médicos derivados de enfermedades crónicas.

3. EXCLUSIONES HABITUALES DE LOS SEGUROS VOLUNTARIOS DEL AUTOMÓVIL

Las compañías aseguradoras suelen establecer, en sus "condiciones generales", una serie de exclusiones comunes a todas las coberturas voluntarias del seguro del automóvil, diferentes de la Responsabilidad Civil:

II | El Seguro del automóvil

- Existencia de dolo o mala fe por parte del conductor o asegurado.
- Existencia de una condena por "omisión en el deber de socorro" sobre el causante del accidente.
- Daños cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, debidos a riesgos extraordinarios, esto es, fenómenos de la naturaleza extraordinarios, terrorismo, tumultos, o acciones de las Fuerzas Armadas o cuerpos de Seguridad del Estado en tiempo de paz.
- Robo o hurto del vehículo, en el caso de que el tomador no suscribiera este seguro.

(en este caso, el Consorcio de Compensación de Seguros cubre la Responsabilidad Civil en el ámbito del Seguro Obligatorio, lo mismo que en los supuestos de comportamiento culpable del conductor, en los que el asegurador asume las indemnizaciones a Terceros).

- Daños producidos por un conductor en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes; y daños producidos por un conductor sin permiso de conducir, cuando existiera un incumplimiento de las obligaciones legales de tipo técnico relativas al estado de seguridad del vehículo o cuando hubiera una utilización ilegítima del vehículo ajeno o sin autorización.

(en estos casos, el asegurador no podrá negar la prestación a los Terceros perjudicados hasta el límite del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil, independientemente de las reclamaciones posteriores del propio asegurador).

4. RECARGOS Y BONIFICACIONES

La mayoría de las entidades aseguradoras aplican recargos y bonificaciones a las primas de los seguros de automóviles que cobran a sus asegurados. Los recargos más frecuentes son los que se establecen en función de la edad del conductor y de la antigüedad del permiso de conducir. Se penaliza a los conductores más jóvenes.

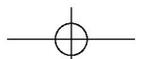
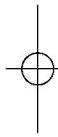
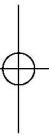
También existe la posibilidad de establecer bonificaciones a determinados colectivos de conductores. De esta forma, y siguiendo los mismos criterios que en los recargos, se suele favorecer con un prima inferior la mayor edad del conductor y su experiencia al volante. También, cada vez más, se considera como factor de bonificación la ausencia de siniestralidad e incluso, el sexo.

El denominado sistema de "bonus-malus" que utilizan muchas compañías se basa en la asignación anual, al vencimiento de la póliza, de un determinado "nivel de bonus o de recargo" en una escala previamente establecida, en función del número de siniestros "computables" y acaecidos en el año anterior. Cada nivel da lugar un determinado descuento o recargo en la prima siguiente.

Si, en un momento determinado, decidiéramos cambiar de compañía aseguradora podríamos exigir a nuestra anterior compañía un "certificado de baja siniestralidad" con el fin de conseguir una bonificación en la segunda entidad. Sin embargo, en la práctica las compañías son reacias a suministrarlo puesto que su cliente "se va a la competencia". Habría que iniciar, en su caso, un procedimiento judicial en caso de denegación.

5 - C U E S T I O N E S C L A V E

- Los conductores de vehículos a motor han de asumir el riesgo derivado del propio manejo del vehículo. Los propietarios de automóviles deben contratar, obligatoriamente, un Seguro de Responsabilidad Civil, SOA (Seguro Obligatorio del Automóvil). Con este Seguro, podrán resarcir a terceros que, eventualmente, sufran un daño corporal o material como consecuencia de un accidente, causado con o sin culpa del conductor.
- En el cálculo de las indemnizaciones por daños corporales o personales, se utiliza un Baremo legal, que contempla los diferentes tipos de lesiones sufridas y las circunstancias correctoras de incremento o reducción de la indemnización. Este Baremo se actualiza anualmente.
- En el ámbito del Seguro Obligatorio, estas indemnizaciones están sometidas a unos máximos: 350.000 euros por víctima por daños personales y 100.000 euros por siniestro por daños materiales.
- Los Seguros Voluntarios del Automóvil incluyen coberturas de Responsabilidad Civil Voluntaria (que excede los máximos del Seguro Obligatorio), Daños al propio vehículo, Robo del vehículo, Rotura de lunas, Seguro del Conductor, Retirada del permiso de conducir, Defensa penal y reclamaciones y Asistencia en Viaje.
- Algunas de estas coberturas pueden ser relevantes si la conducción del vehículo es una actividad esencial en la vida cotidiana y profesional del asegurado: Responsabilidad Civil Voluntaria, Daños al propio vehículo o Retirada del permiso de conducir.
- La cobertura de Rotura de lunas se suele contratar como alternativa menos costosa que la de Daños al propio vehículo, para poder contratar la cobertura de Riesgos Extraordinarios con el Consorcio de Compensación de Seguros (éste exige la contratación de alguna garantía de "daños propios" del vehículo).
- La cobertura de Asistencia en Viaje incluye prestaciones a las personas, incluso sin vehículo: Repatriación o traslado sanitario de heridos o enfermos, Retorno anticipado a España por razón familiar grave, Gastos de desplazamiento y de estancia de un familiar por hospitalización del asegurado, Repatriación a España de fallecidos, Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, Prolongación de estancia en hotel por enfermedad, Búsqueda y envío de equipajes y efectos personales extraviados, Transmisión de mensajes urgentes.





El Seguro Multirriesgo del Hogar

1. El Seguro Multirriesgo
2. Coberturas habituales del Seguro Multirriesgo del Hogar
 - 2.1. Coberturas de Daños Materiales
 - 2.1.1. Incendio, explosión y caída de rayo
 - 2.1.2. Actos de vandalismo o malintencionados
 - 2.1.3. Fenómenos atmosféricos
 - 2.1.4. Daños eléctricos
 - 2.1.5. Daños por humo
 - 2.1.6. Inundación
 - 2.1.7. Impactos y ondas sónicas
 - 2.1.8. Pérdida o deterioro de alimentos refrigerados
 - 2.1.9. Robo, expoliación y hurto
 - 2.1.10. Daños producidos por el agua
 - 2.1.11. Rotura de cristales

Coberturas añadidas de Daños Materiales:

 - 2.1.12. Inhabitabilidad de la vivienda y pérdida de alquileres
 - 2.1.13. Gastos de extinción, salvamento y desescombro
 - 2.1.14. Reposición de documentos
 - 2.1.15. Restauración estética del continente
 - 2.1.16. Pago anticipado de daños reclamados a terceros
 - 2.2. Responsabilidad Civil
 - 2.3. Defensa Jurídica
 - 2.4. Asistencia en el hogar
3. Riesgos excluidos del Seguro Multirriesgo del Hogar
4. Riesgos Extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros
5. Cláusulas habituales en el Seguro Multirriesgo del Hogar
 - 5.1. Cláusula de "Valor de nuevo"
 - 5.2. Cláusula de "Revalorización automática de capitales"
 - 5.3. Cláusula de "Cesión de derechos por crédito hipotecario"
6. Cuestiones clave

1. EL SEGURO MULTIRRIESGO DEL HOGAR

El Seguro "Multirriesgo del Hogar" es, el más utilizado para cubrir los siniestros que pudieran originarse en la vivienda. Básicamente, prevé cuatro tipos de coberturas:

- Daños materiales sufridos en la vivienda.
- Responsabilidad civil de las personas que habitan en la vivienda, y que es la causa de los daños sufridos por Terceros.
- Defensa jurídica para realizar reclamaciones a Terceros por diferentes tipos de perjuicios o daños sufridos o, en su caso, para defender los intereses del tomador-asegurado.
- Asistencia en el Hogar, para contar con una red de profesionales y gremios que atiendan las necesidades de reparaciones y arreglos en la vivienda asegurada.

En el primer apartado de daños materiales en la vivienda, es preciso delimitar el valor del continente y el contenido asegurados en la póliza.

El concepto de **continente** se refiere a los siguientes elementos:

- La construcción principal del edificio, como son los cimientos, muros, paredes, techos, suelo, cubiertas y fachadas, y elementos de construcción de la vivienda y anexos.
- Las instalaciones fijas de agua, gas, electricidad, telefonía, calefacción y refrigeración, antenas de radio y televisión.
- Los elementos de decoración incorporados de manera fija a la vivienda: pintura, parquet, moqueta, etc.
- Las dependencias anexas que se describan en la póliza, como son por ejemplo, garajes, trasteros o bodegas.
- Las vallas, muros y cercas, independientes o no del edificio.

Por su parte, el **contenido** lo componen:

- El mobiliario, incluidos los electrodomésticos, los enseres y el ajuar doméstico o de uso personal,
- Los objetos de valor especial, como son tapices, cuadros, alfombras, pieles, colecciones, obras de arte y antigüedades y las joyas y alhajas.

El valor estimado del Continente y Contenido determina el "**Capital Asegurado**", es decir, la indemnización máxima en las Coberturas de los Daños Materiales sufridos en la vivienda.

De esta forma, si este Capital Asegurado fuera inferior al valor real de los bienes (daño eventualmente sufrido), se estaría planteando una situación de Infraseguro. El asegurador aplicará, en el cálculo de la indemnización, la regla proporcional.

Sin embargo, en determinadas coberturas de Daños Materiales la póliza prevé un "Capital Asegurado" diferente, expresado en términos porcentuales sobre el valor del Continente y/o Contenido (inferior al 100% del supuesto general), o en términos de determinadas sumas monetarias máximas (por siniestro, por ejemplo).

III | El Seguro multirriesgo del hogar

En los apartados de responsabilidad civil y defensa jurídica, también se establece un "Capital Asegurado" que determina, en efecto, la indemnización máxima que, para cada uno de los riesgos, asume el asegurador.

En estas dos coberturas, el Capital Asegurado lo fija el asegurador (aparece entonces en las Condiciones Generales de la Póliza). En el caso de la Responsabilidad Civil, es también frecuente que el asegurador ofrezca distintas opciones/ módulos de Capitales Asegurados, con lo que el tomador-asegurado decide, dentro de unos márgenes, el valor de la cobertura.

El tomador-asegurado tiene cierta capacidad para "modelar" su seguro Multirriesgo del Hogar:

- Aunque cada vez menos, algunos aseguradores plantean que algunas coberturas sean optativas (ej. robo), con lo que su contratación dependerá de la decisión del tomador-asegurado.
- El valor que otorgue al continente y/o contenido determinará el Capital Asegurado en las coberturas de daños materiales (el asegurador podrá facilitarle una estimación del valor del continente en función de la localización de la vivienda, metros cuadrados y otros parámetros, pero el tomador-asegurado podría querer contratar un valor inferior, para pagar menos prima).
- En su caso, la determinación del Capital Asegurado en la cobertura de Responsabilidad Civil (módulos posibles en la cobertura).

Si la vivienda que se desea asegurar forma parte de una Comunidad de Propietarios, es muy posible que dicha Comunidad hubiera contratado un seguro Multirriesgo que cubra los diferentes riesgos relativos al continente del edificio. Por tanto, el tomador-asegurado no tendría por qué incluir este continente en su Seguro del Hogar (existiría concurrencia o duplicidad de coberturas en los elementos comunes). Sin embargo, en la práctica estos Seguros de Comunidades suelen contener una serie de limitaciones, exclusiones y franquicias que hacen que el tomador-asegurado sí incluya el continente en su póliza.

La póliza "Multirriesgo Hogar" se contrata por períodos anuales, con renovaciones automáticas mientras no exista oposición por parte de una de las partes (asegurador o tomador-asegurado).

2. COBERTURAS HABITUALES DEL SEGURO MULTIRRIESGO DEL HOGAR

2.1. COBERTURAS DE DAÑOS MATERIALES

1. Incendio, explosión y caída de rayo

Cubre los daños causados por un incendio (combustión o abrasamiento capaz de propagarse), una explosión o la caída de un rayo.

Exclusiones:

- Daños causados por la sola acción del calor.
- Daños causados por el contacto, con aparatos de calefacción, de aire acondicionado, de alumbrado u hogares.
- Daños causados por accidentes de fumadores.

III | El Seguro multirriesgo del hogar

- Objetos asegurados que caigan aisladamente al fuego (salvo que estos hechos ocurran con ocasión de un incendio).

2. Actos de vandalismo o malintencionados

Cubre los daños sufridos por las actuaciones vandálicas o tumultuarias de terceras personas cometidas individual o colectivamente, incluidas las derivadas de reuniones o manifestaciones, o en el transcurso de huelgas legales.

Exclusiones:

- Daños estéticos ocasionados por pintadas, inscripciones, fijación de carteles o hechos análogos.
- Pérdidas por hurto o apropiación indebida de los objetos asegurados (salvo que el Seguro contemple esta cobertura aparte).
- Las apropiaciones indebidas por parte del inquilino cuando concluya el contrato de alquiler.

3. Fenómenos atmosféricos: lluvia, viento, pedrisco y nieve

Prevé los daños provocados por fenómenos de la naturaleza, cuando se produzcan de forma anormal y no puedan ser considerados como propios de determinadas épocas del año.

Las pólizas suelen establecer una serie de baremos objetivos que determinan el carácter extraordinario del fenómeno atmosférico; por ejemplo, un mínimo de litros de lluvia caída (ej. 40 litros por metro cuadrado y hora), o una velocidad mínima del viento (ej. 90 kilómetros por hora).

Exclusiones:

- Daños ocasionados por goteras, filtraciones, oxidaciones o humedades.
- Daños producidos en puertas, ventanas u otras aberturas que hayan quedado sin cerrar, o con cierre defectuoso.
- Daños producidos por heladas, frío, hielo, olas o mareas.
- Daños sufridos por los bienes situados al aire libre o en construcciones abiertas.

4. Daños eléctricos (instalaciones y aparatos eléctricos)

Contempla los daños causados en las conducciones e instalaciones eléctricas, así como en los diferentes aparatos eléctricos y electrónicos, electrodomésticos, y sus accesorios, provocados por corrientes anormales, subidas o bajadas de tensión, cortocircuitos o por la propia combustión producidos por la electricidad o rayo.

Exclusiones:

- Aparatos de alumbrado, bombillas, lámparas halógenas, fluorescentes y similares.

5. Daños por humo

Cubre los daños producidos por el humo como consecuencia de fugas o escapes repentinos y anor-

III | El Seguro multirriesgo del hogar

males, y que se produzcan en cualquier sistema de combustión, calefacción, cocción o análogo, cuando éstos formen parte de las instalaciones aseguradas. En su caso, puede incluir los siniestros provocados por el humo generado en locales distintos de la vivienda asegurada.

Exclusiones:

- Daños producidos por la acción lenta y continuada del humo.

6. Inundación

Prevé los daños provocados por rotura, desbordamiento o desviación accidental del curso normal de lagos sin salida natural, presas o diques de contención, canales, acequias y otros cursos o cauces construidos, en superficie o subterráneos.

7. Impacto y ondas sínicas

Cubre los daños producidos por caída, choque o impacto de objetos sólidos procedentes del exterior contra los bienes asegurados. Incluye, en su caso, los impactos causados por animales o vehículos propiedad de terceros, o por las mercancías por ellos transportadas, la caída de antenas y mástiles de televisión o radio, la caída de aeronaves, aeronaves u objetos desprendidos de ellas, y también los daños provocados por el sonido (ondas sínicas) causado por estas aeronaves y aeronaves.

Exclusiones:

- Daños producidos por vehículos, animales, aeronaves, aeronaves y objetos que sean propiedad del asegurado o estén bajo su control, o el de las personas que dependan de él.

8. Pérdida o deterioro de alimentos refrigerados

Garantiza las pérdidas o los deterioros que sufran los alimentos perecederos depositados en frigoríficos y congeladores asegurados en los casos de avería (cuando estos aparatos dejen de funcionar como consecuencia de un siniestro cubierto en las demás garantías del Seguro Multirriesgo) o por de falta de suministro eléctrico, esto es, cuando los aparatos frigoríficos o congeladores dejen de recibir energía eléctrica durante un período mínimo de tiempo (ej. 3-6 horas).

Es frecuente el establecimiento de una cobertura máxima (ej. 5% del capital asegurado para el contenido, o una suma determinada 150-600 euros).

9. Robo, expoliación y hurto

Cubre los daños provocados por la sustracción o apoderamiento ilegítimo de los bienes asegurados dentro de la vivienda, contra la voluntad del asegurado, y en los diferentes supuestos de robo (existe "fuerza o violencia en las cosas"), expoliación ("intimidación o violencia sobre las personas que custodian o vigilan las cosas"), y hurto (no existe ni violencia en las cosas ni intimidación en las personas).

Incluye, en su caso, los desperfectos y daños materiales sufridos por las acciones de los ladrones en casos de robo, expoliación, o intento de ambos.

III | El Seguro multirriesgo del hogar

Esta cobertura suele plantear límites:

- En el caso de hurto se establecen límites máximos de cobertura, según los casos en términos porcentuales sobre el capital asegurado para el contenido (ej. 5%) o, en su caso, indemnizaciones máximas de dinero para sustracción de efectivo y cheques y/o objetos.
- Robo y expoliación de dinero en efectivo y cheques: límites máximos de indemnización por siniestro, que se sitúan en torno a 300 €..
- Robo y expoliación de objetos especiales cuyo valor no supere una determinada suma: límite máximo de indemnización por objeto y por siniestro (si su valor excediera dicha suma, los objetos deberían ser asegurados por una garantía adicional).

Y por otra parte, en ocasiones, esta cobertura incluye riesgos adicionales:

- La "Infidelidad" de los empleados del asegurado en la vivienda que, en efecto, provoque una sustracción indebida en metálico y/o en bienes (también incluye unos determinados límites, ya sean los generales de la cobertura u otros específicos).
- Expoliación de los bienes portados fuera de la vivienda (atracos fuera de la vivienda asegurada), al asegurado, su cónyuge, ascendientes o descendientes que residan en la vivienda.
- Utilización fraudulenta de tarjetas de crédito, de compra o bancarias que hubieran sido robadas, expoliadas o extraviadas, y que pertenecieran al asegurado, familiares o personas que de él dependan y convivan. Se establece un período de tiempo máximo de uso fraudulento cubierto y un límite máximo de indemnización.

Exclusiones:

- Robo o expoliación de objetos artísticos, históricos, pieles, joyas, alhajas y objetos de valor, cuyo valor individual exceda del valor establecido en la póliza (valor del contenido).
- Robos o hurtos no denunciados a la autoridad competente.
- Siniestros producidos por negligencia grave del asegurado o de las personas que de él dependan o convivan.

10. Daños producidos por el agua

Cubre los daños materiales ocasionados en la vivienda asegurada como consecuencia de fugas de agua accidentales: escapes y desbordamientos accidentales e imprevistos de las instalaciones, depósitos y conducciones, propias o de terceros, filtraciones o goteras de agua a través de tejados, techos, muros o paredes, cuando estas filtraciones se debieran a causas accidentales, y sean procedentes de viviendas contiguas o superiores, omisión del cierre de llaves o grifos de agua, en su caso, los gastos de las obras de albañilería y fontanería necesarios para localizar y reparar la avería de la vivienda asegurada.

Exclusiones:

Daños provocados por filtraciones de agua, como consecuencia de:

- Fenómenos meteorológicos (huracanes, inundaciones, desbordamientos de lagos, ríos o mares), y si, en su caso, son producidos a través de aberturas (ventanas, balcones, puertas, etc.) que hubieran quedado sin cerrar.

III | El Seguro multirriesgo del hogar

- Omisión de las reparaciones indispensables para el normal estado de conservación de las instalaciones, o para subsanar el desgaste notorio y conocido de las conducciones y aparatos propios del asegurado.
- Filtraciones de canalizaciones subterráneas, fosas sépticas y alcantarillas.
- Humedad prolongada o condensación.

11. Rotura de cristales, mármoles, loza sanitaria y encimeras vitrocerámicas

En esta cobertura se contempla la rotura de cristales, vidrios, lunas, espejos, mármoles o similares, loza sanitaria (inodoros, lavabos, baños, etc.) y placas de vitrocerámica, cuando estas roturas se produzcan por cualquier causa accidental. El seguro cubre los gastos de reposición, colocación y montaje.

Exclusiones:

- Roturas producidas durante obras de reforma, pintura o reparación, durante traslados, o por defectos de instalación o colocación.
- Roturas de lámparas, bombillas, cristalerías, objetos de mano, menaje, elementos de decoración portátiles, aparatos de visión y sonido (DVD, televisores y similares) y objetos de mano (espejos de mano, teléfonos móviles y similares).
- Desconchones, raspaduras y otros defectos estéticos o de superficie.

Coberturas añadidas de Daños Materiales

12. Inhabitabilidad de la vivienda y pérdida de alquileres

Cubre el perjuicio ocasionado por la inhabilitabilidad temporal de la vivienda asegurada. La indemnización que habitualmente se establece equivale al alquiler de una vivienda de similares características a la siniestrada (incluye, en su caso, los gastos de traslado de mobiliario).

En el caso de pérdida de alquileres, si el propietario tuviera arrendada la vivienda, la indemnización equivaldrá al alquiler que estuviera percibiendo en el momento del siniestro. Es habitual que establezca un período máximo de cobertura (uno o dos años).

13. Gastos de extinción, salvamento y desescombro

Incluye los gastos y desperfectos producidos por las acciones necesarias para poner a salvo los bienes asegurados o aminorar las consecuencias del siniestro. Incluye el coste de la tasa municipal del servicio de bomberos, así como los gastos de demolición y desescombro, para la retirada y traslado de los restos de los bienes asegurados destruidos.

14. Reposición de documentos

Prevé los gastos generados para la obtención de duplicados de títulos-valores (ej. acciones, obligaciones, fondos, pagarés), resguardos, pólizas bancarias y demás documentos particulares que acrediten derechos o propiedades (ej. escrituras de propiedad), siempre que se compruebe la existencia de tales documentos en el momento del siniestro.

15. Restauración estética del continente

Cubre, según los casos, los gastos derivados de la redecoración y/o restauración estética de los bienes dañados, en el supuesto de que resulte imposible repararlos con elementos materiales idénticos a los dañados y que mantengan su estética inicial. Esta redecoración o restauración se efectuará con materiales de iguales o similares calidades y características que los originales. Normalmente se establece una indemnización máxima (ej. 1.000-1.200 euros).

16. Pago anticipado de daños reclamados a terceros

Aunque no es tan frecuente como las coberturas anteriores, es posible que la póliza incluya la indemnización por los daños sufridos en la vivienda asegurada, como consecuencia de un siniestro ocurrido en bienes de terceros, y cuya causa se encuentre comprendida entre los riesgos cubiertos. El asegurador se subroga en todos los derechos, recursos y acciones del asegurado, para la reclamación de responsabilidades a los terceros causantes.

2.2. RESPONSABILIDAD CIVIL

Garantiza el pago de las indemnizaciones de que pueda ser civilmente responsable el asegurado en relación a los daños causados a terceros (daños corporales, materiales y perjuicios derivados de éstos).

La cobertura incluye los daños causados por la unidad familiar que convive en la vivienda asegurada, es decir, causados por el asegurado, su cónyuge o persona que ostente tal condición, hijos y familiares que convivan con él, personas que convivan habitualmente en su domicilio y dependan económicamente de él, y personas de quienes responda legalmente.

Incluye, asimismo, la Responsabilidad Civil de personal doméstico y demás personas contratadas por el tomador-asegurado para trabajar en su vivienda. Este personal contratado podría ser, asimismo, un tercero perjudicado y, por tanto, merecedor y beneficiario de la indemnización por responsabilidad civil del tomador-empleador.

El tomador-asegurado puede contratar esta cobertura en su condición de propietario, inquilino o usuario habitual de la vivienda, y en cualquiera de estos casos, la cobertura incluye la responsabilidad civil "mutua", es decir, del propietario frente al inquilino (como tercero perjudicado), y a la inversa, del inquilino frente al propietario (éste es el tercero perjudicado).

Los siniestros cubiertos serán aquellas reclamaciones contempladas en las disposiciones legales vigentes sobre responsabilidad civil extracontractual y, por tanto, pueden ser de muy diferente naturaleza, desde una maceta que cae desde la terraza, hasta un escape de agua que afecta a la pared del vecino o los destrozos causados por una travesura de un hijo o, en su caso, la intoxicación por alimentos consumidos en casa del asegurado.

El seguro también incluye habitualmente:

- La responsabilidad civil imputable al asegurado y su familia en viajes ocasionales, de duración inferior a un determinado periodo de tiempo (1-3 meses), con una consideración específica, en su caso, de las estancias en el extranjero,
- Gastos de defensa civil y criminal ocasionados (el asegurador asume la dirección jurídica frente a la reclamación del perjudicado y designa los abogados y procuradores que debieran intervenir).

III | El Seguro multirriesgo del hogar

- Fianzas judiciales exigidas al asegurado causante del siniestro, el pago de las costas y gastos judiciales o extrajudiciales.

La póliza establecerá un importe máximo de cobertura por todas las situaciones de responsabilidad civil. Según los casos, este "Capital Asegurado" se plantea por siniestro declarado o por anualidades del seguro.

Exclusiones:

- Reclamaciones de los familiares del asegurado que convivan con él, así como de otras personas que también convivan en la vivienda y dependan económicamente de dicho asegurado (estas personas no tienen la consideración de "terceros").
- Reclamaciones en el ámbito de la actividad profesional del asegurado (la cobertura se refiere a las actividades propias de la vida privada).
- Daños derivados del uso y circulación de vehículos a motor.
- Responsabilidades derivadas de la participación del asegurado en apuestas, carreras, competiciones de cualquier clase, riñas o actos delictivos.

2.3. DEFENSA JURIDICA

El asegurador se obliga a hacerse cargo de los gastos de reclamaciones, amistosas o judiciales, cuando el asegurado resulte perjudicado por un Tercero responsable, que le hubiere causado daños personales, materiales o económicos.

La cobertura incluye habitualmente: los honorarios, gastos de abogados, procuradores y peritos y la constitución de fianzas penales.

En este ámbito, son posibles distintos tipos de siniestros/ daños, aunque dependen de cada tipo de póliza:

- Pérdidas sufridas por el asegurado en sus bienes o en su persona.
- Incumplimiento de contratos relacionados con los objetos de decoración de la vivienda, mobiliario, efectos personales, etc.
- Incumplimiento de contratos de servicios profesionales, de técnicos de reparación de electrodomésticos, mudanzas, etc.
- Incumplimiento de contratos de suministro de agua, gas, electricidad o teléfono.
- Infracciones administrativas relacionadas con la vivienda.
- Reclamaciones del personal de servicio doméstico.
- Defensa penal del asegurado por sucesos ocurridos en el ámbito de su vida particular.

También en este caso la póliza establecerá un importe máximo de cobertura por todas las situaciones de defensa y reclamación de daños.

Exclusiones:

- Multas o sanciones a que fuere condenado el asegurado.
- Impuestos u otros pagos fiscales por la presentación de documentos públicos o privados ante organismos oficiales.

III | El Seguro multirriesgo del hogar

- Gastos que procedan de una acumulación o reconvención judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas (casos de reunión de juicios o procedimientos, con el fin de que sean resueltos por una única sentencia).

2.4. ASISTENCIA EN EL HOGAR

En función del acuerdo alcanzado con el asegurador, una determinada compañía especializada se compromete a facilitar los servicios de gremios y profesionales cualificados siempre que el asegurado lo necesite y no se trate de un siniestro cubierto en la póliza: fontaneros, electricistas, cristaleros, carpinteros, cerrajeros, etc...

El asegurador, a través de esta entidad especializada, asume el coste del desplazamiento del profesional a la vivienda asegurada, corriendo por cuenta del asegurado los costes del servicio prestado (mano de obra y materiales empleados), salvo en el caso de que los profesionales intervengan para reparar un siniestro cubierto por la póliza, ya que entonces todos los gastos serán asumidos por el asegurador.

Suele ser habitual la inclusión de otras garantías:

- Gastos de traslado en ambulancia hasta el hospital más próximo, a causa de un accidente o una enfermedad,
- Reparación urgente de cerrajería (gastos de mano de obra), para la apertura de la vivienda como consecuencia de la pérdida, extravío o robo de las llaves; y reparación de averías eléctricas de emergencia que se produzcan por falta de suministro.
- Gastos de personal de seguridad, cuando la vivienda asegurada quede accesible desde el exterior a consecuencia de un siniestro cubierto por la póliza, durante un máximo de horas (ej. 24-48 horas).
- Reposición de televisión y vídeo, es decir, la cesión de ambos aparatos cuando por un siniestro cubierto por la póliza, el asegurado no pueda disponer de los suyos propios, durante un máximo de días (ej. 15 días).
- Gastos de estancia en hotel, restaurante y lavandería, cuando la vivienda resultara inhabitable o si la cocina quedara inutilizada, como consecuencia de un siniestro cubierto por las garantías de la póliza.

La práctica habitual de esta cobertura es la solicitud del servicio mediante una llamada telefónica a una centralita que funciona durante las veinticuatro horas del día.

El asegurador estipula un plazo de garantía sobre los trabajos realizados, que oscila entre los tres y seis meses. La normativa en vigor en Castilla y León establece un mínimo de garantía de tres meses en los servicios prestados en el domicilio.

3. RIESGOS EXCLUÍDOS DEL SEGURO MULTIRRIESGO DEL HOGAR

Las pólizas "Multirriesgo" suelen contener una cláusula general que enumera una serie de riesgos no cubiertos. Suelen referirse a los supuestos siguientes:

III | El Seguro multirriesgo del hogar

- Vicio o defecto propio de los bienes asegurados, error o defecto de construcción, fabricación o colocación.
- Uso inadecuado, falta de mantenimiento, mala conservación o desgaste.
- Siniestros provocados intencionadamente por el tomador-asegurado, sus familiares o personas que con él convivan o estén a su servicio como asalariados, o cuando hubieren actuado como cómplices o encubridores.
- Daños sobre objetos que sean propiedad de terceros y que se encuentren en poder del asegurado por cualquier concepto o motivo.
- Riesgos localizados en espacios no dedicados a la vivienda (usos profesionales).
- Riesgos derivados de la energía nuclear.
- Daños provocados por la contaminación, corrosión o polución.
- Conflicto armado, así como los daños calificados por el gobierno como "catástrofe, calamidad nacional o terrorismo".
- Siniestros producidos antes del pago de la primera prima.
- Riesgos extraordinarios, sin perjuicio de la cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.

4. RIESGOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

El Consorcio de Compensación de Seguros es el responsable de indemnizar al asegurado por los daños sufridos como consecuencia de siniestros de carácter extraordinario como son:

- a) Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Acontecimientos violentos derivados de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Esta cobertura es obligatoria en todo Seguro Multirriesgo del Hogar, puesto que la normativa española obliga a su contratación en todo tipo de seguros que cubran "daños a los bienes y pérdidas pecuniarias diversas" y, en particular, en los seguros de incendios.

5. CLÁUSULAS HABITUALES EN EL SEGURO MULTIRRIESGO DEL HOGAR

5.1. CLÁUSULA DE "VALOR DE NUEVO"

Según el interés del tomador-asegurado, suele ser posible acordar la ampliación de la cobertura a la diferencia existente entre el "valor real" de los bienes asegurados (valor de reposición de mercado

III | El Seguro multirriesgo del hogar

en el momento del siniestro) y su "valor en estado de nuevo", es decir, su valor como si fuera un bien nuevo, sin descontar las depreciaciones derivadas del uso, estado de conservación o antigüedad.

Así, será frecuente, por ejemplo, que el inquilino de una vivienda asegure los muebles del propietario por su "valor real", mientras que prefiera asegurar sus propios bienes por su "valor de nuevo". De esta forma, podrá decidir pagar una prima superior pero, a cambio, si sufriera un siniestro, recuperará el valor de su bien asegurado "de nuevo", es decir, como si fuera a comprarlo en ese momento.

5.2. CLÁUSULA DE "REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALES MEDIANTE ÍNDICE VARIABLE"

Es muy frecuente que la póliza "Multirriesgo del Hogar" incluya una cláusula de modificación automática de los Capitales Asegurados referidos al valor del Continente y del Contenido, tal como se establecen en las "Condiciones Particulares" de la póliza. Así, en cada vencimiento anual, se produce un incremento de las sumas aseguradas en el período anterior. Una referencia muy habitual de revalorización es el Índice general de Precios al Consumo, IPC. Esta modificación repercute directamente en el importe de la nueva prima anual que paga el tomador-asegurado al asegurador.

5.3. CLÁUSULA DE "CESIÓN DE DERECHOS POR CRÉDITO HIPOTECARIO"

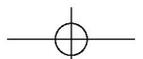
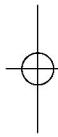
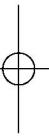
Cuando un individuo solicita un crédito hipotecario para financiar su vivienda, es muy habitual que la entidad bancaria prestamista le exija que contrate un seguro "Multirriesgo del Hogar" con una cláusula específica de "Cesión de Derechos". En esta cláusula se establecen una serie de condicionantes:

- El asegurador debe poner en conocimiento de la entidad de crédito cualquier contingencia en la renovación del seguro, o en la falta de pago de la prima.
- El tomador del seguro no puede reducir el Capital Asegurado o los riesgos cubiertos sin la previa conformidad, por escrito, de la entidad bancaria.
- En caso de siniestro, el asegurador no pagará indemnización alguna sin el previo consentimiento de la entidad bancaria, de tal forma que ésta queda subrogada en los derechos del asegurado por un importe igual al préstamo no amortizado en la fecha del siniestro.
- En ningún caso, debe interrumpirse la vigencia del seguro, de forma que, en caso de impago, el asegurador deberá pasar el recibo pendiente al banco para que éste, en su caso, lo pague por cuenta del asegurado.

En estos casos, es posible que la entidad bancaria pretenda imponer al tomador-asegurado una determinada compañía de seguros, que efectivamente pertenezca a su mismo grupo financiero. En ningún caso, el tomador tiene obligación de aceptarla.

6 - C U E S T I O N E S C L A V E

- El Seguro Multirriesgo del Hogar integra diferentes coberturas de Daños Materiales ("Incendio, explosión y caída de rayo", "Actos de vandalismo o malintencionados", "Fenómenos atmosféricos", "Daños eléctricos", "Daños por humo", "Inundación", "Impactos y ondas sónicas", "Pérdida o deterioro de alimentos refrigerados", "Robo, expoliación y hurto", "Daños producidos por el agua", "Rotura de cristales", "Inhabitabilidad de la vivienda y pérdida de alquileres", "Gastos de extinción, salvamento y desescombro", "Reposición de documentos", "Restauración estética del continente" y "Pago anticipado de daños reclamados a terceros"), Responsabilidad Civil, Defensa Jurídica y Asistencia en el hogar.
- El tomador-asegurado tiene cierta capacidad para delimitar su seguro Multirriesgo del Hogar: coberturas optativas, valor que otorgue al continente y/o contenido y, en su caso, la determinación del Capital Asegurado en la cobertura de Responsabilidad Civil (si se plantean diferentes módulos posibles en la cobertura).
- En las coberturas de Daños Materiales, puede ser relevante la contratación del "Pago anticipado de daños reclamados a terceros". Así, el asegurado evita la enojosa reclamación a un tercero, o a la compañía de seguros de este tercero.
- La cobertura de Responsabilidad Civil incluye los daños causados por la unidad familiar que convive en la vivienda asegurada, y por el personal doméstico y demás personas contratadas por el tomador-asegurado para trabajar en su vivienda. Este personal contratado podría ser, asimismo, un tercero perjudicado y, por tanto, merecedor y beneficiario de la indemnización por responsabilidad civil del tomador-empleador.
- Con la cobertura de Defensa Jurídica, el asegurador se obliga a hacerse cargo de los gastos de reclamaciones, amistosas o judiciales, cuando el asegurado resulte perjudicado por un Tercero responsable, que le hubiere causado daños personales, materiales o económicos. Incluye, en su caso, el incumplimiento de contratos relacionados con los objetos que estén en la vivienda o contratos de servicios profesionales, o de suministro de agua, gas, electricidad u otros.
- La cobertura de Asistencia en el Hogar facilita los servicios de gremios y profesionales, de manera que el asegurador asume el coste del desplazamiento del profesional a la vivienda asegurada, y corre por cuenta del asegurado los costes del servicio prestado (mano de obra y materiales empleados), salvo en el caso de que los profesionales intervengan para reparar un siniestro cubierto por la póliza, ya que entonces todos los gastos serán asumidos por el asegurador.



IV

El Seguro de Vida

1. El Seguro de Vida
 - 1.1. El Seguro de Riesgo
 - 1.2. El Seguro de Ahorro
 - 1.3. El Seguro Mixto Riesgo-Ahorro
 - 1.4. El Seguro de Decesos
2. Cláusulas habituales:
 - 2.1. Fijación de un Interés técnico,
 - 2.2. Derechos de reducción, rescate y anticipo
 - 2.3. Modificación automática de los capitales asegurados
 - 2.4. Reembolso de las primas
3. Cuestiones clave.

1. EL SEGURO DE VIDA

En los Seguros de Vida, la entidad aseguradora se compromete a pagar una indemnización económica ("capital asegurado"), a cambio del cobro de la prima correspondiente. Esta indemnización podrá plantearse en dos supuestos diferentes, es decir, en dos "situaciones de riesgo" que recaen sobre el asegurado:

- que el asegurado fallezca (Seguro de Riesgo o "para caso de muerte"),
- que el asegurado sobreviva más allá de un período de tiempo o una fecha determinada (Seguro de Supervivencia o de Ahorro o "para caso de vida").

También será posible la contratación de un Seguro Mixto, que cubra las dos situaciones y que, por tanto, sea un Seguro de Riesgo-Ahorro simultáneo.

El pago de las primas cesa al finalizar el plazo establecido para la duración del seguro o, si ocurriese antes, al producirse el fallecimiento del asegurado.

La duración del contrato es muy importante ya que determinará el importe de la prima. Así, para una misma indemnización futura o "capital asegurado", cuanto más corta sea la duración del seguro, más elevadas serán las primas a pagar al asegurador.

1.1. EL SEGURO DE RIESGO O "PARA CASO DE MUERTE"

El riesgo cubierto es el fallecimiento del asegurado. Según los casos, puede pactarse el pago de la indemnización de una sola vez (capital asegurado total) o el pago de sumas de dinero sucesivas (rentas periódicas). Las modalidades son:

A) Seguro de Riesgo de Vida Temporal:

La indemnización económica (capital asegurado) es pagadera al beneficiario si el fallecimiento del asegurado ocurre antes de la finalización de un plazo de tiempo determinado (ej. antes de cumplir 65 años).

B) Seguro de Riesgo de Vida Entera:

La indemnización económica es pagadera al beneficiario tras el fallecimiento del asegurado, cualquiera que sea el momento en que suceda.

C) Seguro de Riesgo de Amortización:

La indemnización económica es pagadera al beneficiario, al fallecer el asegurado, mediante una determinada renta mensual o anual durante un periodo de tiempo, que normalmente es el que resta para la amortización de un préstamo del que fuera prestatario el asegurado fallecido (el beneficiario será, en su caso, la entidad bancaria prestamista u otro acreedor).

D) Seguro de Riesgo de Supervivencia:

El capital asegurado es pagadero cuando fallezca el asegurado, siempre y cuando este fallecimiento suceda con anterioridad al de la persona designada como beneficiario (ej. seguro de orfandad, siendo beneficiarios los hijos del asegurado fallecido).

1. 2. EL SEGURO DE AHORRO O "PARA CASO DE VIDA"

Si el asegurado sobrevive a una determinada fecha, el asegurador se compromete a pagar un capital o una renta durante un período de tiempo determinado.

La finalidad de estos seguros es el ahorro, ya que mediante la acumulación de las primas pagadas al asegurador, el asegurado consigue una suma que le será pagada en un momento de su vida -si, efectivamente, sobrevive a una fecha determinada-. El resultado de este seguro es el mismo que si el asegurado eligiese otras vías de ahorro y, en particular, si suscribiese un Plan de Pensiones.

Si el asegurado falleciera antes de la fecha fijada en la póliza, el beneficiario podría recuperar parte o la totalidad de las primas pagadas, según se haya pactado en el contrato. Las modalidades son:

A) Seguro de Rentas Temporales:

El asegurador garantiza el pago de una renta al asegurado durante un determinado período de tiempo ("renta temporal"), pagadera de forma periódica.

B) Seguro de Rentas Vitalicias:

El asegurador garantiza el pago de una renta al asegurado hasta su fallecimiento ("renta vitalicia"), pagadera de forma periódica.

C) Seguro de Jubilación:

Prevé la obtención de un capital o de una renta periódica (ya sea temporal o vitalicia), en el momento de la jubilación del asegurado.

1.3. EL SEGURO MIXTOS DE RIESGO Y AHORRO

Este seguro combina, en una misma póliza, las dos coberturas anteriores, una "para caso de muerte" y otra "para caso de vida". Es el Seguro de Vida más completo, ya que el asegurado cubre las dos situaciones de riesgo respecto a su propia existencia:

- Fallecimiento (los beneficiarios obtienen una indemnización),
- Supervivencia (el mismo tomador-asegurado, u otros beneficiarios recibirán el capital acumulado).

1. 4. EL SEGUROS DE DECESOS

Aunque en ocasiones se incluye como una cobertura más en el Seguro de Riesgo o "para caso de muerte", también es muy frecuente la contratación de esta modalidad como Seguro independiente.

El Seguro de Decesos prevé la prestación de los servicios fúnebres por el fallecimiento del asegurado, estableciéndose normalmente un límite máximo de cobertura ("capital asegurado"). Se suele dar la opción al beneficiario de recibir el pago de este capital, si éste se hace cargo de la contratación y pago de los servicios funerarios.

En su caso, podría cubrir el traslado nacional e internacional del asegurado fallecido al cementerio o planta incineradora elegido por los beneficiarios, dentro del territorio español. Y también podría incluir la prestación de servicios de gestoría y asesoramiento para la realización de trámites administrativos, que resulten del fallecimiento.

2. CLÁUSULAS HABITUALES EN LOS SEGUROS DE VIDA

2.1. FIJACIÓN DE UN INTERÉS TÉCNICO

La cláusula de "Fijación de un Interés Técnico" se incluye en la póliza cuando el asegurador plantea al tomador-asegurado la obtención de una determinada rentabilidad sobre las primas pagadas por éste, en la medida en que estas primas serán invertidas en determinados títulos, acciones, obligaciones, fondos de inversión, etc.

El "interés técnico" es la rentabilidad mínima que la entidad aseguradora se compromete a garantizar al tomador-asegurado: La prestación (indemnización económica) que pagará el asegurador tiene, así, dos componentes:

- El "interés técnico", cuyo valor es conocido de antemano por el asegurado.
- La "participación en beneficios", es decir, el rendimiento añadido, cuyo importe se desconoce a priori.

2.2. DERECHOS DE REDUCCIÓN, RESCATE Y ANTICIPO

REDUCCIÓN:

La póliza prevé un plazo de tiempo (que, en todo caso, será inferior a dos años desde la firma del contrato), a partir del cual, si el tomador deja de pagar la prima o si fuera el caso, lo solicitara al asegurador, se producirá la reducción del seguro.

En la misma póliza debe figurar una "tabla de valores" con el importe del capital acumulado que le corresponde entonces al tomador. En su caso, la reducción podría permitir el pago de futuras primas por un importe inferior.

Una vez "reducido" el seguro, el tomador tiene derecho a rehabilitar la póliza en cualquier momento, antes del fallecimiento del propio tomador-asegurado. Para ello, deberá cumplir las condiciones establecidas en la póliza, lo que normalmente significa que deberá pagar las primas atrasadas, junto con los intereses técnicos estimados.

RESCATE:

El tomador que hubiera pagado las dos primeras anualidades de la prima tiene el derecho del rescate del seguro. Puede recuperar el capital aportado mediante la oportuna solicitud, conforme a las "tablas de valores" fijadas en la póliza. De esta forma, percibirá del asegurador el importe que le corresponda del capital acumulado (valor de rescate) y la póliza quedará automáticamente rescindida.

ANTICIPO:

La póliza también puede prever la posibilidad de que el tomador perciba una cantidad determinada, un anticipo, a cuenta del capital que, en cada momento, le corresponda, y siempre que hubiera pagado, también, las dos primeras anualidades de la prima.

Estas cláusulas demuestran la flexibilidad que caracteriza a los Seguros de Vida, ya que permiten su modificación con el paso del tiempo, en función de las diferentes circunstancias y decisiones del tomador y/o asegurado.

2.3. MODIFICACIÓN /REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS CAPITALES ASEGURADOS

Esta cláusula prevé el incremento del "capital asegurado" a cada vencimiento anual de la póliza según, normalmente, la evolución del Índice General de Precios al Consumo, IPC. Esta modificación afecta, al importe de la prima.

2.4. REEMBOLSO DE LAS PRIMAS

Si se incluye esta cláusula, significa que si no se produce el siniestro cubierto por la póliza, en su caso en el período de tiempo establecido, el asegurador debe reembolsar, total o parcialmente, las primas pagadas por el asegurado.

Si, por ejemplo, un asegurado decide contratar un seguro previendo una indemnización en caso de su fallecimiento antes de una fecha determinada (Seguro de Riesgo Temporal o de Amortización), si, efectivamente, sobreviviese a dicha fecha, podría recuperar parte de las primas pagadas.

Lo mismo sucedería si el seguro previese una indemnización en caso de supervivencia en una fecha determinada (Seguro de Rentas Temporales, Rentas Vitalicias, Jubilación); si el asegurado falleciese con anterioridad a dicha fecha, los beneficiarios o herederos podrían recobrar parte de las primas pagadas.

3 - C U E S T I O N E S C L A V E

- El Seguro de Vida de Riesgo se contrata cuando el ciudadano teme el potencial perjuicio económico que pudiera causar su fallecimiento (ej. Mantenimiento de los hijos, deudas pendientes, etc.). Por ello, contrata la indemnización a Terceros en el caso de que, en efecto, se produjera su fallecimiento.
- Es frecuente la contratación de un Seguro de Decesos para cubrir los gastos de los servicios fúnebres por el fallecimiento del asegurado. En su caso, puede incluir también el traslado del asegurado fallecido al cementerio o planta incineradora elegido por los beneficiarios y la prestación de servicios de gestoría y asesoramiento para la realización de los trámites administrativos que resulten del fallecimiento.
- El Seguro de Vida de Ahorro, en cambio, es una fórmula de ahorro. A partir de la fecha acordada, el asegurado o los beneficiarios reciben la suma o las rentas periódicas de dinero pactadas.
- En ambos casos, será posible acordar el "reembolso de primas":
 - en Seguros de Riesgo, si el asegurado no fallece en el plazo que, en su caso, se estipule en la póliza (Seguro temporal o de Amortización), podría recuperar parte de las primas pagadas,
 - en Seguros de Ahorro, si el asegurado no sobrevive a la fecha estipulada en la póliza (ej. Jubilación, edad determinada), el reembolso favorecería a los beneficiarios.
- Según los casos, los Seguros de Vida prevén modificaciones de reducción, rescate, anticipo y revisión automática del capital asegurado a cada vencimiento periódico de la póliza.

V

El Seguro de Accidentes

1. El Seguro de Accidentes
 - 1.1. Seguro con resultado de fallecimiento o invalidez permanente
 - 1.2. Seguro con resultado de invalidez temporal
2. Coberturas adicionales habituales de los Seguros de Accidentes
3. Exclusiones habituales en los Seguros de Accidentes
4. Cuestiones clave

1. EL SEGURO DE ACCIDENTES

El Seguro de Accidentes cubre el riesgo de las lesiones corporales sufridas por el asegurado, en la medida en que éstas se deriven de una causa violenta, súbita, externa y ajena a su voluntad. Por medio de el asegurador se compromete a indemnizar al beneficiario con una suma de dinero determinada ("capital asegurado"), de que se fijará en función de la lesión sufrida (grado de invalidez sufrido) y de la incapacidad que resulte de la lesión (si, por ejemplo, el asegurado resulta incapaz para desarrollar la que era su actividad profesional o cualquier tipo de trabajo, etc.).

La clasificación tradicional de los Seguros de Accidentes es la siguiente:

- Con resultado de fallecimiento.
- Con resultado de invalidez permanente total.
- Con resultado de invalidez permanente parcial.
- Con resultado de invalidez temporal.

La determinación del grado de invalidez que se deriva del accidente y, por tanto su clasificación como incapacidad permanente total, permanente parcial o temporal, se efectúa sobre la base de un certificado médico.

El asegurador notifica al asegurado, por escrito, la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez determinado en el certificado médico y según los baremos fijados en la póliza.

Si el asegurado no acepta la propuesta en lo referente al grado de invalidez, cada una de las partes designa un perito médico y habrán de someterse a la decisión que éstos adopten.

Es práctica habitual que los aseguradores establezcan ciertos requisitos que debe cumplir el asegurado para contratar un Seguro de Accidentes: condiciones de salud físicas y mentales, edad comprendida entre los 14 y 65-70 años, actividad profesional conceptuada como no peligrosa, etc..

No suelen considerarse asegurables aquellas personas con graves defectos físicos (ceguera, parálisis, etc.), con enfermedades muy graves o crónicas (enajenación mental, epilepsia, enfermedades de la médula espinal, etc.), así como los alcohólicos y toxicómanos. La contratación de un Seguro de Accidentes para estos colectivos se realiza, en todo caso, en condiciones especiales y sometida al pago de sobreprimas por parte del tomador-asegurado.

CASOS HABITUALES DE SEGUROS DE ACCIDENTES:

- Personas-Asegurados que soporten un riesgo de accidentes importante en el ejercicio de su actividad profesional (ej. representantes comerciales que conducen de forma habitual).
- Personas-Asegurados cuya actividad profesional y, por tanto, sus ingresos, dependan de una determinada habilidad o cualificación física (ej. un violinista, un futbolista o un masajista); estos profesionales contratan estas pólizas para complementar la cobertura de la Seguridad Social,
- Personas-Asegurados practicantes de actividades deportivas (ej. esquiadores, alpinistas o montañeros); cubren una determinada categoría de accidentes, como consecuencia de la práctica de

V El Seguro de accidentes

deportes, siendo también frecuente que las Federaciones deportivas actúen como intermediarios en la contratación de seguros específicos para sus federados,

- Las agencias de viajes contratan seguros que cubren los riesgos de accidentes de sus clientes durante el período de duración de los viajes; los complejos deportivos cubren, de la misma forma, los riesgos de los deportistas mientras se encuentren en sus instalaciones. Las primas no son pagadas directamente por los viajeros o deportistas, sino que la agencia de viajes o el complejo deportivo son los tomadores del contrato, y lo hacen por cuenta del turista o deportista (asegurado); le repercuten a éste la prima en el precio del viaje o en la cuota de utilización de las instalaciones.
- El Seguro Obligatorio de Viajeros del transporte colectivo de personas: las empresas del sector (del transporte colectivo de personas) están obligadas, por ley, a contratar un seguro que cubra los daños corporales de los viajeros. De esta forma, el transportista actúa como tomador de la póliza, y repercute el importe de la prima correspondiente en el billete que vende al viajero (asegurado).

1.1. SEGURO CON RESULTADO DE FALLECIMIENTO O INVALIDEZ PERMANENTE

Si el resultado del accidente es el fallecimiento o la invalidez permanente total, el asegurador debe pagar el 100% del capital asegurado.

Se consideran lesiones que constituyen invalidez permanente total:

- La pérdida de ambos brazos o ambas manos, la pérdida de ambas piernas o ambos pies.
- La pérdida de un brazo o de una mano conjuntamente con la de una pierna o de un pie.
- La ceguera absoluta, la parálisis completa y la enajenación mental incurable y absoluta.

Si, en cambio, la invalidez permanente es parcial, la obligación de indemnización por parte del asegurador se reduce a una parte proporcional del capital asegurado. Esta proporción queda determinada por los baremos previstos en la póliza, que tienen en cuenta la gravedad de la lesión y la incapacidad resultante. Cada asegurador establece en sus pólizas su graduación particular de indemnizaciones, incluyendo los tipos de lesiones cubiertas y los porcentajes de indemnización correspondientes.

Cuando de un mismo accidente se deriven diversas lesiones parciales, se acumulan los porcentajes de indemnización correspondientes, sin que, en ningún caso, excedan del 100% de la suma/ capital asegurado.

1.2. SEGURO CON RESULTADO DE INVALIDEZ TEMPORAL

Si el daño sufrido se califica como de invalidez temporal, el asegurado tiene derecho a una renta diaria mientras dure dicha incapacidad que, en su caso, le impida el normal desarrollo de su actividad laboral habitual.

En esta modalidad de invalidez temporal es frecuente el establecimiento de franquicias mínimas y máximas en el número de días cubiertos. De esta forma, el compromiso de indemnización por parte del asegurador no entra en vigor hasta pasados un número determinado de días desde que sucedió el accidente (franquicia mínima) y no superará la renta de un número total de días (franquicia máxima), por regla general, 365 días. El asegurador establece, así, un techo a su responsabilidad y deja sin cubrir pequeñas convalecencias motivadas por accidentes sin importancia.

El pago de la indemnización puede adoptar diversas modalidades:

- Un pago único (de una sola vez), dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el asegurador reciba el certificado de alta médica del asegurado.
- Varios pagos por meses vencidos, previa presentación del parte médico que confirme la baja.

2. COBERTURAS ADICIONALES HABITUALES DE LOS SEGUROS DE ACCIDENTES

Las coberturas básicas del Seguro de Accidentes (indemnizaciones por fallecimiento o invalidez), se complementan, habitualmente, con una serie de coberturas adicionales que son contratadas de forma accesoria y, en su caso, por decisión voluntaria del asegurado:

- Capital adicional (habitualmente el doble del estipulado), por fallecimiento o invalidez permanente causados por accidente de circulación.
- Capital adicional (habitualmente el doble del estipulado), por fallecimiento de ambos cónyuges.
- "Asistencia en viaje", con cobertura de gastos de traslados, repatriaciones, etc., por accidentes ocurridos durante viajes.
- Cobertura de los gastos de implantación de prótesis ortopédicas, dentales, auditivas u ópticas; o de cirugía plástica y reparadora.
- Cobertura de los gastos por responsabilidad civil (por los daños que cause el asegurado a un tercero).

En el caso de Seguros de Accidentes con resultado de invalidez (permanente o temporal), también es posible que el asegurador se comprometa a cubrir los gastos de asistencia sanitaria: asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

3. EXCLUSIONES HABITUALES DE LOS SEGUROS DE ACCIDENTES

Las entidades aseguradoras suelen prever las siguientes exclusiones:

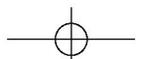
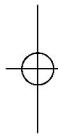
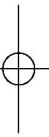
- Accidentes intencionados, por imprudencia o negligencia grave del asegurado.
- La práctica de deportes no incluidos en la póliza (se suelen mencionar los de especial riesgo: boxeo, alpinismo, espeleología, submarinismo, caza mayor, etc.).
- Accidentes sobrevenidos en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- Accidentes derivados de la participación activa del asegurado en riñas, peleas, apuestas o desafíos, altercados o tumultos.

V | El Seguro de accidentes

- Accidentes que sean consecuencia de ataques de apoplejía, epilepsia o, en general, de cualquier clase de pérdida de conocimiento o de las facultades mentales.
- Intentos de suicidio o de automutilación.
- Accidentes que sean consecuencia de contaminación radiactiva o nuclear, así como de la manipulación voluntaria de armas de guerra.
- Todo accidente que resulte de la participación en la comisión de un delito.
- Enfermedades o procesos patológicos de cualquier naturaleza, que no sean consecuencia directa del accidente.

4 - C U E S T I O N E S C L A V E

- El Seguro de Accidentes se contrata en casos muy específicos, normalmente por el riesgo del asegurado de sufrir lesiones en el ejercicio de actividades profesionales o deportivas.
- En estos Seguros es muy habitual que la figura del Tomador sea diferente a la del Asegurado: Asociaciones, Federaciones, Complejos deportivos o Agencias de Viajes contratan el seguro por los riesgos que soportan sus asociados, federados, usuarios de instalaciones o clientes viajeros.
- En el Seguro Obligatorio de Viajeros del transporte colectivo de personas, las empresas del sector están obligadas, por ley, a contratar un seguro que cubra los daños corporales de los viajeros. De esta forma, el transportista actúa como tomador de la póliza, y repercute el importe de la prima correspondiente en el billete que vende al viajero (asegurado).
- En el caso de Fallecimiento o Invalidez permanente total, el asegurador indemnizará al asegurado con el 100% del capital asegurado. Si fuera lesión permanente parcial, la indemnización será proporcional según los baremos establecidos en la póliza. Si existieran diferentes lesiones parciales, la indemnización se acumulará, sin superar en ningún caso el 100% del capital asegurado.
- En el caso de Invalidez temporal, el asegurado tiene derecho a una renta diaria mientras dure dicha incapacidad. Es frecuente el establecimiento de franquicias mínimas y máximas en el número de días cubiertos.
- El Seguro de Accidentes suele plantear indemnizaciones superiores si concurren ciertas circunstancias, como son accidente de circulación o fallecimiento de ambos cónyuges. También suele incluir coberturas de "asistencia en viaje" (gastos de traslados, repatriaciones, etc., por accidentes ocurridos durante viajes), gastos de implantación de prótesis ortopédicas, dentales, auditivas u ópticas, o de cirugía plástica y reparadora y, en su caso, gastos por responsabilidad civil (por los daños que cause el asegurado a un tercero).



VI

El Seguro de Enfermedad

1. El Seguro de Enfermedad
2. Exclusiones habituales en el Seguro de Enfermedad
3. Cuestiones clave

1. EL SEGURO DE ENFERMEDAD

El Seguro de Enfermedad compromete al asegurador a pagar una determinada indemnización económica, "capital asegurado", en el caso de que el asegurado contraiga una enfermedad.

Es muy similar al Seguro de Accidentes, en el sentido de que también su objetivo es poner a disposición del asegurado un capital suficiente para poder hacer frente a los gastos asistenciales y médicos, derivados del tratamiento y curación de una enfermedad, y compensarle del eventual perjuicio económico que se deriva de esta situación.

Las coberturas más habituales del Seguro de Enfermedad son:

- Indemnización diaria: pagadera durante los días que dure la baja médica.
- Indemnización por convalecencias de larga duración, normalmente añadida a la indemnización diaria, en la medida en que ésta se limite a un número máximo de días.
- Indemnización por parto, normalmente prevista para el período establecido por la Seguridad Social para la recuperación por maternidad.
- Indemnización por intervención quirúrgica, según un baremo variable en función de la gravedad y complejidad de la intervención.
- Indemnización por hospitalización, en el supuesto de que el asegurado esté internado en un centro hospitalario, en espera o por convalecencia de una intervención quirúrgica.
- Indemnización por invalidez permanente total, derivada de una enfermedad.
- Indemnización por fallecimiento, pagadera en el momento del fallecimiento causado por una enfermedad.

De nuevo, y lo mismo que sucede con los Seguros de Accidentes, en estos Seguros de Enfermedad el asegurador también trata de contar con la garantía de que el asegurado sea una persona sana en el momento de la contratación de la póliza, con el fin de evitar la asunción de riesgos por enfermedades latentes.

Por ello, es práctica habitual en el Seguro de Enfermedad establecer periodos de carencia, durante los cuales el contrato carece de validez, salvo, los supuestos de enfermedades repentinas o urgencias. Los más habituales son los siguientes:

- Indemnización diaria: 6-18 meses.
- Indemnización por maternidad: 12 meses-dos años.
- Indemnización por hospitalización: 1 año.
- Indemnización por fallecimiento: 1 año.
- Indemnización por invalidez permanente total: 6 meses-1 año.

La buena fe que debe existir en todo contrato de seguro exigirá del asegurado que se muestre diligente y previsor ante los primeros síntomas de la enfermedad, debiéndose poner en manos de los especialistas en el menor tiempo posible para afrontar cuanto antes el tratamiento de la enfermedad. Asimismo, deberá someterse, en todo momento, al cumplimiento de las prescripciones facultativas de los médicos que le traten, para lograr su restablecimiento.

VI | El Seguro de enfermedad

Estas obligaciones se añaden a la exigencia general de todo contrato de seguro de informar al asegurador de cualquier cambio en las circunstancias del aseguramiento que pudieran contribuir al agravamiento del riesgo. Si el asegurado incumple estas pautas de forma dolosa o con mala fe, el asegurador podrá, incluso, anular el contrato, o en su caso, reducir las prestaciones previstas en la misma proporción del agravamiento ocasionado por la negligencia del asegurado.

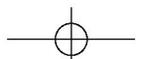
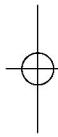
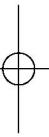
2. EXCLUSIONES HABITUALES EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Las exclusiones más típicas del Seguro de Enfermedad son las siguientes:

- Enfermedades o estados semejantes que no estén diagnosticadas por un profesional médico.
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades profesionales o motivadas por el desempeño de labores perjudiciales para la salud del asegurado.
- Enfermedades motivadas por accidentes de tráfico.
- Enfermedades ya larvadas o existentes antes de la firma del contrato de seguro.
- Defectos físicos congénitos.
- Enfermedades y lesiones sobrevenidas por embriaguez, toxicomanía, intento de suicidio, parto, aborto, etc.
- Enfermedades mentales.
- Epidemias.
- Intervenciones de cirugía estética, plástica o reparadora.

3 - C U E S T I O N E S C L A V E

- Las coberturas habituales del Seguro de Enfermedad son la Indemnización diaria, la Indemnización por convalecencias de larga duración, la Indemnización por parto, la Indemnización por intervención quirúrgica, la Indemnización por hospitalización, la Indemnización por invalidez permanente total, y la Indemnización por fallecimiento.
- Es muy frecuente el establecimiento de ciertos periodos de carencia, durante los cuales el contrato carece de validez salvo, en su caso, los supuestos de enfermedades repentinas o urgencias. El asegurador evita, así, la asunción de riesgos por enfermedades latentes.



VII

El Seguro de Asistencia Sanitaria

1. El Seguro de Asistencia Sanitaria
2. Modalidades del Seguro de Asistencia Sanitaria
 - 2.1. Asistencia Sanitaria concertada
 - 2.2. Asistencia Sanitaria de libre elección
3. Cuestiones clave

1. EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

El Seguro de Asistencia Sanitaria prevé que el asegurador se haga cargo de los gastos de la asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica que precise el asegurado, respecto de todo tipo de enfermedad o accidente.

A diferencia de los Seguros de Vida, Accidentes o Enfermedad, este Seguro de Asistencia Sanitaria no establece una prestación en forma de compensación económica (capital asegurado), sino que prevé que el asegurador se compromete a sufragar los gastos de la atención médica, hospitalaria y quirúrgica que, en su caso, pudiera requerir el asegurado.

Estos seguros son contratados habitualmente por personas que considerarían insuficientes las prestaciones del sistema público de Seguridad Social o, en su caso, por personas que no están afiliadas a la Seguridad Social.

En todo caso, es muy importante analizar la póliza con detenimiento y en concreto:

- Las prestaciones que incluye, los centros hospitalarios o clínicos incluidos, etc., y las exclusiones.
- Las franquicias y los períodos de carencia.

COBERTURAS HABITUALES EN EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

Las coberturas que habitualmente incluyen los Seguros de Asistencia Sanitaria privados son las siguientes:

- Medicina general.
- Puericultura y pediatría.
- Cirugía general.
- Cirugía del aparato locomotor.
- Ginecología.
- Obstetricia.
- Aparato circulatorio y respiratorio.
- Aparato digestivo, medicina y cirugía.
- Neuropsiquiatría.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Urología.
- Dermovenerología.
- Odontología.
- Asistencia al parto.

VII | El Seguro de asistencia sanitaria

- Servicio permanente de urgencia.
- Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.
- Radiología, radioscopias, radiografías, tomografías, ortodiagramas, urografías, cistografías y toda clase de exploraciones radiográficas con fines de diagnóstico.
- Medios complementarios de diagnóstico.
- Transfusiones de sangre.
- Electroterapia, radioterapia.
- Oxigenoterapia.
- Anestesiología y reanimación.
- Intervenciones quirúrgicas (estancia, manutención, cura, gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos).
- Alta cirugía especializada.

LAS FRANQUICIAS

En los Seguros de Asistencia Sanitaria es habitual que el asegurador establezca algún tipo de franquicia, lo que significa que una parte del riesgo es asumida por el asegurado.

Un sistema muy generalizado es la utilización de "cheques médicos". El asegurado se hace cargo de una parte de los honorarios médicos ya que tiene que pagar el coste de cada cheque utilizado.

En otros casos, el asegurado sólo recibe un porcentaje determinado (80-90% en general) de los gastos de consulta o del tratamiento que libremente hubiera elegido en España o fuera del territorio nacional. Se establece, por tanto, una franquicia del 10-20%.

También es habitual la imposición de franquicias para servicios médicos muy especializados o determinados.

LOS PERÍODOS DE CARENCIA Y EL RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO

En este tipo de Seguros de Asistencia Sanitaria, es frecuente que el asegurador imponga determinados períodos de carencia para las distintas prestaciones, a lo largo de los cuales la póliza no tiene validez (se suele considerar como excepción los casos de urgencia).

En su caso, el asegurador suele ofrecer la posibilidad de eliminar o reducir estos períodos si el asegurado accede a someterse a un reconocimiento médico previo.

Al igual que en el Seguro de Enfermedad, también en este Seguro el asegurado deberá mostrarse diligente y previsor ante los primeros síntomas de la enfermedad, y deberá someterse, en todo momento, al cumplimiento de las prescripciones facultativas de los médicos que le tratan, para lograr su establecimiento.

2. MODALIDADES DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

2.1. ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA (PRESTADA POR MÉDICOS, HOSPITALES Y SERVICIOS CONCERTADOS POR EL ASEGURADOR)

El asegurador dispone de una red de centros y profesionales médicos concertados, con los que pacta una determinada retribución de honorarios (sueldos, pagos por servicio prestado, cheques médicos cumplimentados por los asegurados cuando reciban el servicio, o igualas que asignen un determinado número de pacientes a cada facultativo).

En esta modalidad, el asegurado suele poder recibir los servicios médicos previstos tantas veces como desee y requiera, y ello sin pagar suma alguna (exceptuando las franquicias establecidas en su caso).

Para que el asegurado reciba un determinado tratamiento de un médico especialista, o para su hospitalización, será preciso el requerimiento o la orden por escrito del médico de cabecera o de cualquier otro facultativo de la propia red concertada por el asegurador.

Cada póliza establece las condiciones en las que el tomador-asegurado está facultado para rescindir el contrato si, en su caso, se produce una variación en el cuadro facultativo concertado por el asegurador.

2.2. ASISTENCIA SANITARIA DE LIBRE ELECCIÓN

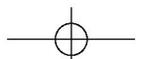
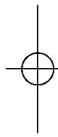
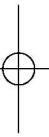
El asegurador se compromete a abonar los desembolsos realizados por el asegurado, previa presentación de los justificantes correspondientes. Esta responsabilidad queda delimitada por el tipo de coberturas y por los límites fijados en la póliza.

El asegurado podrá acudir al médico o a la clínica u hospital que estime conveniente para recibir la atención médica requerida. Pagará los honorarios correspondientes y, posteriormente, presentará los justificantes al asegurador para su reembolso. En todo caso, será muy importante que, previamente, se cerciore de que esta opción que él prefiere está, efectivamente, cubierta por el Seguro y, también, conocer las limitaciones y franquicias que puedan aplicarse.

VII | El Seguro de asistencia sanitaria

3 - C U E S T I O N E S C L A V E

- El Seguro de Asistencia Sanitaria prevé que el asegurador se haga cargo de los gastos de la asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica que precise el asegurado, respecto de todo tipo de enfermedad o accidente.
- Según los casos, se trata de una alternativa o de un complemento a las prestaciones del sistema público de Seguridad Social.
- En términos generales, son posibles dos modalidades: la asistencia a través de una red sanitaria concertada por el asegurador o mediante la libre elección de profesionales sanitarios por parte del asegurado.
- Los períodos de carencia son frecuentes para, de nuevo, no soportar riesgos latentes (por parte del asegurador), aunque el tomador podría evitarlos si accediera a someterse a un reconocimiento médico.
- Suelen establecer franquicias, de manera que una parte del riesgo es asumida por el asegurado. Así, es posible que éste se haga cargo de una parte de los honorarios médicos.





Anexo I

Referencias Legales

ANEXO I

REFERENCIAS LEGALES

- Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Ordenación y supervisión de los Seguros Privados (BOE núm. 267, de 5 de Noviembre).
- Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE núm. 268, de 9 de Noviembre)
- Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (BOE núm. 250, de 17 de Octubre).
- Ley 34/2003, de 4 de Noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados (BOE núm. 265, de 5 de Noviembre),
- Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el Texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros (BOE núm. 267, de 5 de Noviembre).
- Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a motor (BOE núm. 267, de 5 de Noviembre).
- Real Decreto 7/2001, de 12 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento sobre la responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (BOE núm. 12, de 13 de Enero).
- Resolución de 7 de Febrero de 2005, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicación durante 2005, el sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Anexo Legal sobre los Seguros de personas

Ley 50/ 1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro

Título III Seguros de Personas (riesgos que pudieran afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado).

- 1.Seguro sobre la vida,
- 2.Seguro de accidentes,
- 3.Seguro de enfermedad y de asistencia sanitaria.

DISPOSICIONES LEGALES COMUNES A LAS TRES CATEGORIAS

- Si el tomador contrata el seguro por cuenta de otra persona (son personas distintas el tomador y el asegurado), será preciso el consentimiento por escrito del asegurado, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.
- Si el asegurado es menor de edad, se requiere además, la autorización escrita de sus representantes legales.

Derechos del Tomador-Asegurado

- Si se trata de un seguro individual de duración superior a seis meses, el tomador tiene la facultad de rescindir el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

Deberá hacerlo mediante una comunicación al asegurador, y en todo caso tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera estado en vigor (dejará de estar en vigor a partir de la fecha en que se expide la comunicación).

- El tomador-asegurado es libre de designar al beneficiario y modificar dicha designación sin necesidad del consentimiento del asegurador.

Si, en el momento del fallecimiento del asegurado, no hubiera beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado pasará a formar parte del patrimonio del tomador-asegurado.

Beneficiarios

- Si se designasen varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales.
- Si los beneficiarios fuesen los herederos, la distribución se realizará en proporción a la "cuota hereditaria", salvo pacto en contrario.

DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES A LOS SEGUROS DE VIDA

Inexactitudes en la información suministrada por el tomador (que influyan en la estimación del riesgo)

- El asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza o que el tomador haya actuado con dolo.
- Si la declaración inexacta se refiere a la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por el propio asegurador.
- En todo caso, si como consecuencia de la declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que debiera corresponder, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.
- En los seguros de vida de riesgo o "para caso de muerte"
- Si la muerte del asegurado es causada dolosamente por el beneficiario, éste no tendrá derecho a la prestación establecida en el contrato, integrándose esta prestación en el patrimonio del tomador-asegurado.
- salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado queda cubierto a partir de un año desde el momento de la contratación del seguro.

DISPOSICIONES LEGALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES

- El tomador debe comunicar al asegurador la contratación de cualquier otro seguro de accidentes

que se refiera a la misma persona. Si no lo comunicara, el asegurador podría solicitar una reclamación por daños y perjuicios originados.

- Si el asegurado provocara intencionadamente el accidente, el asegurador se liberará del cumplimiento de su obligación.
- Si el beneficiario causara dolosamente el siniestro, la designación hecha a su favor será nula. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

BAREMO 2005

5902

Viernes 18 febrero 2005

BOE núm. 42

Acuerdo. La denuncia surtirá efecto un año después de la fecha de dicha notificación.

3. Con respecto a las inversiones efectuadas antes de la fecha de terminación del presente Acuerdo, las disposiciones de los artículos 1 a 12 seguirán en vigor por otro periodo de diez años a partir de dicha fecha de terminación del presente Acuerdo.

En fe de lo cual, los plenipotenciarios respectivos firman el presente Acuerdo.

Hecho por duplicado en Damasco, el 20 de octubre de 2003 en árabe, español, e inglés, siendo todos los textos igualmente auténticos. En caso de discrepancia, prevalecerá el texto en inglés.

Por la República Árabe Siria,

Dr. Ghassan El-Rifai,

Ministro de Economía y Comercio,

Por el Reino de España,

Ana Palacio Vallersundí,

Ministra de Asuntos Exteriores,

El presente Acuerdo entró en vigor el 14 de diciembre de 2004, fecha de la última notificación de cumplimiento de las respectivas formalidades constitucionales, según se establece en su artículo 13.1.

Lo que se hace público para conocimiento general.

Madrid, 31 de enero de 2005.—El Secretario General Técnico, Francisco Fernández Fábregas.

2722 *ENTRADA en vigor del Canje de Notas constitutivo de Acuerdo por el que se proroga el «Acuerdo entre el Reino de España y los Estados Unidos de América en materia de Cooperación Educativa, Cultural y Científica» de 27 de octubre de 1994, hecho en Madrid los días 20 de enero y 2 de febrero de 2004.*

El Canje de Notas constitutivo de Acuerdo por el que se proroga el «Acuerdo entre el Reino de España y los Estados Unidos de América en materia de Cooperación Educativa, Cultural y Científica» de 27 de octubre de 1994, hecho en Madrid el 20 de enero y 2 de febrero de 2004, entró en vigor el 11 de enero de 2005, fecha de recepción de la última notificación de cumplimiento de los requisitos necesarios previstos en sus respectivas legislaciones internas, según se establece en el texto de las notas.

Lo que se hace público para conocimiento general, completando así la inserción efectuada en el Boletín Oficial del Estado número 134, de 3 de junio de 2004.

Madrid, 28 de enero de 2005.—El Secretario General Técnico, Francisco Fernández Fábregas.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

2723 *RESOLUCIÓN de 7 de febrero de 2005, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicación durante 2005, el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.*

El texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, establece en el apartado primero.10 de su anexo que anualmente, con efectos de primero de enero de cada año, deberán actualizarse las cuantías indemnizatorias que se recogen en el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y, en su defecto, quedarán automáticamente actualizadas en el porcentaje del índice general de precios al consumo correspondiente al año natural inmediatamente anterior.

En este último supuesto, y con la finalidad de facilitar el conocimiento y aplicación del sistema, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones debe dar publicidad a las cuantías resultantes.

Habida cuenta que, según datos del Instituto Nacional de Estadística, el índice general de precios al consumo se incrementó en 3,2 por ciento en el período de referencia, procede actualizar en tal cuantía para el ejercicio de 2005 el sistema de valoración precitado.

Sobre la base de cuanto antecede, esta Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha acordado:

Dar publicidad a las indemnizaciones, vigentes durante el año 2005, para caso de muerte, lesiones permanentes e incapacidades temporales, que resultan de aplicar el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, recogido en el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, a través de la presente Resolución, que incorpora como anexo las cuantías actualizadas de las mismas.

Madrid, 7 de febrero de 2005.—El Director general, Ricardo Lozano Aragüés.

ANEXO

TABLA I

Indemnizaciones básicas por muerte, incluidos daños morales

Perjudicados/beneficiarios (1) de la indemnización (por grupos excluyentes)	Edad de la víctima		
	Hasta 65 años Euros	De 66 a 80 años Euros	Más de 80 años Euros
Grupo I			
<i>Víctima con cónyuge (2)</i>			
Al cónyuge	93.166,95	69.875,21	46.583,47
A cada hijo menor	38.819,56	38.819,56	38.819,56
A cada hijo mayor:			
Si es menor de veinticinco años	15.527,82	15.527,82	5.822,93
Si es mayor de veinticinco años	7.763,91	7.763,91	3.881,96
A cada padre con o sin convivencia con la víctima	7.763,91	7.763,91	-
A cada hermano menor huérfano y dependiente de la víctima	38.819,56	38.819,56	-
Grupo II			
<i>Víctima sin cónyuge (3) y con hijos menores</i>			
Sólo un hijo	139.750,41	139.750,41	139.750,41
Sólo un hijo, de víctima separada legalmente	108.694,77	108.694,77	108.694,77
Por cada hijo menor más (4)	38.819,56	38.819,56	38.819,56
A cada hijo mayor que concorra con menores	15.527,82	15.527,82	5.822,93
A cada padre con o sin convivencia con la víctima	7.763,91	7.763,91	-
A cada hermano menor huérfano y dependiente de la víctima	38.819,56	38.819,56	-
Grupo III			
<i>Víctima sin cónyuge (3) y con todos sus hijos mayores</i>			
III.1 Hasta veinticinco años:			
A un solo hijo	100.930,86	100.930,86	58.229,34
A un solo hijo, de víctima separada legalmente	77.639,12	77.639,12	46.583,47
Por cada otro hijo menor de veinticinco años (4)	23.291,73	23.291,73	11.645,87
A cada hijo mayor de veinticinco años que concorra con menores de veinticinco años	7.763,91	7.763,91	3.881,96
A cada padre con o sin convivencia con la víctima	7.763,91	7.763,91	-
A cada hermano menor huérfano y dependiente de la víctima	38.819,56	38.819,56	-
III.2 Más de veinticinco años:			
A un solo hijo	46.583,47	46.583,47	31.055,65
Por cada otro hijo mayor de veinticinco años más (4)	7.763,91	7.763,91	3.881,96
A cada padre con o sin convivencia con la víctima	7.763,91	7.763,91	-
A cada hermano menor huérfano y dependiente de la víctima	38.819,56	38.819,56	-
Grupo IV			
<i>Víctima sin cónyuge (3) ni hijos y con ascendientes</i>			
Padres (5):			
Convivencia con la víctima	85.403,03	62.111,29	-
Sin convivencia con la víctima	62.111,29	46.583,47	-

5904

Viernes 18 febrero 2005

BOE núm. 42

Perjudicados/beneficiarios (1) de la indemnización (por grupos excluyentes)	Edad de la víctima		
	Hasta 65 años Euros	De 66 a 80 años Euros	Más de 80 años Euros
Abuelo sin padres (6):			
A cada uno	23.291,73	-	-
A cada hermano menor de edad en convivencia con la víctima en los dos casos anteriores	15.527,82	-	-
Grupo V			
<i>Víctima con hermanos solamente</i>			
V.1 Con hermanos menores de veinticinco años:			
A un solo hermano	62.111,29	46.583,47	31.055,65
Por cada otro hermano menor de veinticinco años (7)	15.527,82	15.527,82	7.763,91
A cada hermano mayor de veinticinco años que concorra con hermanos menores de veinticinco años	7.763,91	7.763,91	7.763,91
V.2 Sin hermanos menores de veinticinco años:			
A un solo hermano	38.819,56	23.291,73	15.527,82
Por cada otro hermano (7)	7.763,91	7.763,91	7.763,91

(1) Con carácter general:

a) Cuando se trate de hijos, se incluirán también los adoptivos.
b) Cuando se fijen cuantías distintas según la edad del perjudicado o beneficiario, se aplicará la edad que tuviese éste en la fecha en que se produjo el accidente de la víctima.

(2) Cónyuge no separado legalmente al tiempo del accidente.

Las uniones conyugales de hecho consolidadas se asimilarán a las situaciones de derecho.

(3) Se equiparan a la ausencia de cónyuge la separación legal y el divorcio. No obstante, si el cónyuge separado o divorciado tiene derecho a la pensión regulada en el artículo 97 del Código Civil, le corresponderá una indemnización igual al 50 por 100 de las fijadas para el cónyuge en el grupo I.

En los supuestos de concurrencia con uniones conyugales de hecho o, en su caso, de aquéllos o éstos con cónyuges no separados legalmente, la indemnización fijada para el cónyuge en el grupo I se distribuirá entre los concurrentes en proporción a la cuantía que les hubiera correspondido de no haber concurrencia.

(4) La cuantía total de la indemnización que corresponda según el número de hijos se asignará entre ellos a partes iguales.

(5) Si concurriesen uno que conviviera y otro que no conviviera con la víctima se asignará a cada uno el 50 por 100 de la cuantía que figura en su respectivo concepto.

(6) La cuantía total de la indemnización se distribuirá al 50 por 100 entre los abuelos paternos y maternos.

(7) La cuantía total de la indemnización que corresponda según el número de hermanos se asignará entre ellos a partes iguales.

TABLA II

Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por muerte

Descripción	Aumento - (en porcentaje o en euros)	Porcentaje de reducción
<i>Perjuicios económicos</i>		
Ingresos netos anuales de la víctima por trabajo personal:		
Hasta 23.291,73 euros (1)	Hasta el 10	-
De 23.291,74 a 46.583,47 euros	Del 11 al 25	-
De 46.583,48 a 77.639,12 euros	Del 26 al 50	-
Más de 77.639,12 euros	Del 51 al 75	-
<i>Circunstancias familiares especiales</i>		
Discapacidad física o psíquica acusada (anterior al accidente) del perjudicado/beneficiario:		
Si es cónyuge o hijo menor	Del 75 al 100 (2)	-
Si es hijo mayor con menos de veinticinco años	Del 50 al 75 (2)	-
Cualquier otro perjudicado/beneficiario	Del 25 al 50 (2)	-

BOE núm. 42

Viernes 18 febrero 2005

5905

Descripción	Aumento (en porcentaje o en euros)	Porcentaje de reducción
<i>Víctima hijo único</i>		
Si es menor	Del 30 al 50	-
Si es mayor, con menos de veinticinco años	Del 20 al 40	-
Si es mayor, con más de veinticinco años	Del 10 al 25	-
<i>Fallecimiento de ambos padres en el accidente</i>		
Con hijos menores	Del 75 al 100 (3)	-
Sin hijos menores:		
Con hijos menores de veinticinco años	Del 25 al 75 (3)	-
Sin hijos menores de veinticinco años	Del 10 al 25 (3)	-
<i>Víctima embarazada con pérdida de feto a consecuencia del accidente</i>		
Si el concebido fuera el primer hijo:		
Hasta el tercer mes de embarazo	11.645,87	-
A partir del tercer mes	31.055,65	-
Si el concebido fuera el segundo hijo o posteriores:		
Hasta el tercer mes	7.763,91	-
A partir del tercer mes	15.527,82	-
Elementos correctores del apartado primero. 7 de este anexo	-	Hasta el 75

- (1) Se incluirá en este apartado cualquier víctima en edad laboral, aunque no se justifiquen ingresos.
(2) Sobre la indemnización que corresponda al beneficiario discapacitado.
(3) Sobre la indemnización básica que corresponda a cada perjudicado.

TABLA III

Indemnizaciones básicas por lesiones permanentes (incluidos daños morales)

Valores del punto en euros

Puntos	Menos de 20 años Euros	De 21 a 40 años Euros	De 41 a 55 años Euros	De 56 a 65 años Euros	Más de 65 años Euros
1	690,35	639,12	587,88	541,20	484,40
2	711,66	657,38	603,09	556,17	492,07
3	730,78	673,71	616,62	569,55	499,83
4	747,73	688,10	628,44	581,31	504,03
5	762,50	700,55	638,57	591,47	508,31
6	775,11	711,06	647,01	599,99	511,48
7	791,77	725,36	658,94	611,74	517,59
8	806,78	738,22	669,62	622,27	522,86
9	820,18	749,61	679,02	631,59	527,26
10-14	831,95	759,55	687,15	639,72	530,84
15-19	977,76	894,97	812,15	753,19	592,38
20-24	1.111,68	1.019,35	927,00	857,43	648,59
25-29	1.245,34	1.143,38	1.041,43	961,41	706,00
30-34	1.370,46	1.259,52	1.148,58	1.058,75	759,56
35-39	1.487,25	1.367,94	1.248,63	1.149,65	809,39
40-44	1.595,96	1.468,87	1.341,79	1.234,24	855,60
45-49	1.696,76	1.562,47	1.428,19	1.312,68	898,24
50-54	1.789,90	1.648,97	1.508,04	1.385,18	937,44
55-59	1.913,81	1.763,79	1.613,77	1.481,47	993,13
60-64	2.035,29	1.876,37	1.717,45	1.575,87	1.047,72
65-69	2.154,41	1.986,73	1.819,07	1.668,44	1.101,26
70-74	2.271,18	2.094,94	1.918,72	1.759,17	1.153,74
75-79	2.385,65	2.201,02	2.016,41	1.848,14	1.205,19
80-84	2.497,89	2.305,03	2.112,18	1.935,36	1.255,63

5906

Viernes 18 febrero 2005

BOE núm. 42

Puntos	Menos de 20 años Euros	De 21 a 40 años Euros	De 41 a 55 años Euros	De 56 a 65 años Euros	Más de 65 años Euros
1	690,35	639,12	587,88	541,20	484,40
85-89	2.607,91	2.407,00	2.206,08	2.020,87	1.305,10
90-99	2.715,80	2.506,97	2.298,12	2.104,71	1.353,59
100	2.821,56	2.604,96	2.388,38	2.186,93	1.401,12

TABLA IV

Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes

Descripción	Aumento (en porcentaje o en euros)	Porcentaje de reducción
<i>Perjuicios económicos</i>		
Ingresos netos de la víctima por trabajo personal:		
Hasta 23.291,73 euros (1)	Hasta el 10	-
De 23.291,74 a 46.583,47 euros	Del 11 al 25	-
De 46.583,48 hasta 77.639,12 euros	Del 26 al 50	-
Más de 77.639,12 euros	Del 51 al 75	-
<i>Daños morales complementarios</i>		
Se entenderán ocasionados cuando una sola secuela exceda de 75 puntos o las concurrentes superen los 90 puntos. Sólo en estos casos será aplicable	Hasta 77.639,12	-
<i>Lesiones permanentes que constituyan una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la víctima</i>		
Permanente parcial:		
Con secuelas permanentes que limiten parcialmente la ocupación o actividad habitual, sin impedir la realización de las tareas fundamentales de la misma	Hasta 15.527,82	-
Permanente total:		
Con secuelas permanentes que impidan parcialmente la realización de las tareas de la ocupación o actividad habitual del incapacitado	De 15.527,82 a 77.639,12	-
Permanente absoluta:		
Con secuelas que inhabiliten al incapacitado para la realización de cualquier ocupación o actividad	De 77.639,12 a 155.278,24	-
<i>Grandes inválidos</i>		
Personas afectadas con secuelas permanentes que requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, como vestirse, desplazarse, comer o análogas (tetraplejías, paraplejías, estados de coma vigil o vegetativos crónicos, importantes secuelas neurológicas o neuropsiquiátricas con graves alteraciones mentales o psíquicas, ceguera completa, etc.):		
Necesidad de ayuda de otra persona:		
Ponderando la edad de la víctima y grado de incapacidad para realizar las actividades más esenciales de la vida. Se asimilan a esta prestación el coste de la asistencia en los casos de estados de coma vigil o vegetativos crónicos	Hasta 310.556,47	-
<i>Adecuación de la vivienda</i>		
Según características de la vivienda y circunstancias del incapacitado, en función de sus necesidades	Hasta 77.639,12	-

Descripción	Aumento (en porcentaje o en euros)	Porcentaje de reducción
Perjuicios morales de familiares:		
Destinados a familiares próximos al incapacitado en atención a la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada, según circunstancias	Hasta 116.458,68	-
<i>Embarazada con pérdida de feto a consecuencia del accidente (2)</i>		
Si el concebido fuera el primer hijo:		
Hasta el tercer mes de embarazo	Hasta 11.645,87	-
A partir del tercer mes	Hasta 31.055,65	-
Si el concebido fuera el segundo hijo o posteriores:		
Hasta el tercer mes de embarazo	Hasta 7.763,91	-
A partir del tercer mes	Hasta 15.527,82	-
Elementos correctores del apartado primero.7 de este anexo	Según circunstancias	Según circunstancias
<i>Adecuación del vehículo propio</i>		
Según características del vehículo y circunstancias del incapacitado permanente, en función de sus necesidades	Hasta 23.291,73	-

(1) Se incluirá en este apartado cualquier víctima en edad laboral, aunque no se justifiquen ingresos.
 (2) Habrá lugar a la percepción de esta indemnización, aunque la embarazada no haya sufrido lesiones.

TABLA V

Indemnizaciones por incapacidad temporal

(Compatibles con otras indemnizaciones)

A) Indemnización básica (incluidos daños morales):

Día de baja	Indemnización diaria - Euros
Durante la estancia hospitalaria	58,19
Sin estancia hospitalaria:	
Impeditivo (1)	47,28
No Impeditivo	25,46

(1) Se entiende por día de baja impeditivo aquel en que la víctima está incapacitada para desarrollar su ocupación o actividad habitual.

B) Factores de corrección:

Descripción	Porcentajes aumento	Porcentajes disminución
Perjuicios económicos:		
Ingresos netos anuales de la víctima por trabajo personal:		
Hasta 23.291,73 euros	Hasta el 10	-
De 23.291,74 a 46.583,47 euros.	Del 11 al 25	-
De 46.583,48 hasta 77.639,12 euros	Del 26 al 50	-
Más de 77.639,12 euros	Del 51 al 75	-
Elementos correctores de disminución del apartado primero.7 de este anexo	-	Hasta el 75



Anexo II

Direcciones de interés

ANEXO II

- **CONSEJERÍA DE SANIDAD**

Dirección General de Salud Pública y Consumo.
Servicio de Atención Integral al Consumidor
Paseo de Zorrilla, 1
47007 VALLADOLID
TEL. 902 477 747
www.jcyl.es/consumo

- **SECCIONES DE CONSUMO DE LAS DELEGACIONES TERRITORIALES**

ÁVILA

C/ San Juan de la Cruz, 28
05001 ÁVILA
TEL. 920 355 085
FAX 920 352 045

BURGOS

Glorieta de Bilbao s/n
09071 BURGOS
TEL. 947 281 500
FAX 947 241 285

LEÓN

Edificio Usos Múltiples, Planta Baja
Avda. Peregrinos s/n
24071 LEÓN
TEL. 987 296 100
FAX 987 296 192

PALENCIA

C/ Casado del Alisal, 32
34001 PALENCIA
TEL. 979 715 445
FAX 979 715 427

SALAMANCA

Avda. Portugal, 83, 3º
37071 SALAMANCA
TEL. 923 296 022
FAX 923 296 007

SEGOVIA

Avda. Juan Carlos I, 3
40071 SEGOVIA
TEL. 921 417 175
FAX 921 417 376

SORIA

C/ Campo, 5, 3º
42071 SORIA
TEL. 975 223 125
FAX 975 230 560

VALLADOLID

C/ Ramón y Cajal, 6
47011 VALLADOLID
TEL. 983 43 760
FAX 983 413 829

ZAMORA

Plaza de Alemania, 1
49020 ZAMORA
TEL. 980 547 400
FAX 980 547 420

• JUNTA ARBITRAL DE CONSUMO DE CASTILLA Y LEÓN

Paseo de Zorrilla, 1
47007 VALLADOLID
TEL. 983 412 595
FAX 983 412 351

• ORGANIZACIONES DE CONSUMIDORES Y USUARIOS DE CARÁCTER REGIONAL

Unión de Consumidores de Castilla y León - UCE
C/ General Almirante, 7, 1.º D (Apdo. Correos 121)
47003 VALLADOLID
TEL. 983 356 575
FAX 983 356 877
Correo e: uce_cyl@eresmas.com

Federación Territorial de Amas de Casa y Consumidores de Castilla y León

C/ López Gómez, 16, bajo
47002 VALLADOLID
TEL. 983 20 45 51
FAX 983 20 45 51

Federación Regional de la Unión Cívica de Consumidores y Amas de Hogar de Castilla y León - UNAE

C/ San Pablo, 12-C, 2.ºA

09002 BURGOS

TEL. 947 27 58 92

FAX 947 27 58 92

Correo e: unaeburgos@wanadoo.es

FACUA, Castilla y León Consumidores en Acción

Plaza Mayor, 27, 1.º

47400 MEDINA DEL CAMPO (Valladolid)

TEL. 983 837 278

FAX 983 837 278

Unión de Consumidores y Administradores de Hogar - UCACYL

C/ Progreso, 32, 1.ª Pta. 8

09002 BURGOS

TEL. 902 209 616

FAX 947 274 372

Correo e: ucacyl@teletel.es

Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Compañías de Seguros en Castilla y León (ADICAE)

C/ Doctrinos, 14, 7.º B

47001 VALLADOLID

TEL. 983 371 414

FAX 983 358 877

Correo e: adicae.vallad@wanadoo.es

Confederación de Asociaciones de Vecinos de Castilla y León (CAVECAL)

Plaza Martín y Monso, 10, 1.º Dcha.

47001 VALLADOLID

TEL. 983 150 200, 983 150 201

Correo e: secretaria@flavezamora.com

• DIRECCION GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

Paseo de la Castellana, 44

28046 MADRID

TEL 91 339 70 00

FAX 91 339 71 13

www.dgsfp.mineco.es/dgsfpportal

- COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO Y DEL PARTÍCIPE EN PLANES DE PENSIONES (DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES)

Paseo de la Castellana, 44
28046 Madrid
Teléfono: 91 339 71 01
Fax: 91 339 71 33
www.quejasyreclamaciones.com/comisionado.htm

- CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

C/ Serrano, 69
28006 MADRID
TEL: 91 339 55 00
INFORMACIÓN: TEL: 91 339 55 55
FAX: 91 339 55 78
Correo e: info@consorseguros.es
www.consorseguros.es

SEDE CASTILLA Y LEÓN:

Pza. Juan de Austria, 6
47006 - VALLADOLID
Tel.: 983 45 82 00
Fax: 983 45 82 01
Correo e: ccsvalladolid@consorseguros.es

- UNESPA (Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras)

C/ Núñez de Balboa, 101
28006 MADRID
Tel.: 91 745 15 30
www.unespa.es

- OFESAUTO (OFICINA ESPAÑOLA DE ASEGURADORES DE AUTOMOVILES)

C/ Sagasta, 18
28004 Madrid
Tel.: 91 446 03 00
FAX 91 91 594 09 65
<http://ofesauto.es>

- CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS TITULADOS

C/ Núñez de Balboa, 116 - 3º
28006 MADRID
Tif.: 91 411 19 63 - 301 - 91 562 27 03
Fax: 915 622 702
Correo e: info@mediadoresdeseguros.com
www.mediadoresdeseguros.com

- CONSEJO DE LOS COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS TITULADOS DE CASTILLA Y LEÓN

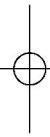
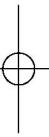
C/ Pasión, 13 4º Izda.

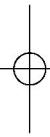
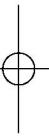
47001 VALLADOLID

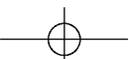
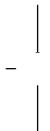
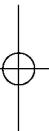
TEL 983 35 62 83

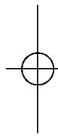
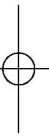
FAX 983 35 62 83

Correo e: colegio.valladolid@cmste.com









www.jcyl.es/consumo

Servicio de Atención integral al Consumidor

902 47 77 47

