

**ACERCAMIENTO A LAS DISPOSICIONES GENERALES DE LA
LEY DE CONTRATO DE SEGURO (LEY 50/80, DE 8 DE
OCTUBRE)**

**Gregorio Martínez Tello
Abogado**

TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

SECCIÓN I
Preliminar

Art. 1.- *Definición del contrato de seguro.* El contrato de seguro es aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

Las dos características básicas, pues, del contrato de seguro son :

■ La onerosidad, en cuanto existe el requisito del pago de una prima como correspondiente a la asunción de atender una indemnización o capital previamente convenido.

■ La aleatoriedad, en cuanto la incertidumbre del evento cubierto resulta elemento esencial, si bien ha de existir una correspondencia entre el riesgo que el asegurador asume con la prima que recibe. Por ello entra en juego el factor suerte de tal modo que pudiera ocurrir que el siniestro no se produzca nunca (mala suerte para el asegurado) o de forma inmediata (mala suerte para el asegurador) con lo que éste no cubre con las primas recibidas la indemnización a satisfacer.

El legislador optó por un único contrato de seguro aunque en la regulación legal se distinguen dos modalidades :

■ Seguro de daños. A su vez podríamos diferenciar los seguros de cosas (incendio, transporte, robo), los de crédito (hipotecas, a la exportación), de beneficio esperado (lucro cesante), de deudas (responsabilidad civil y reaseguro) y de costo de ciertos servicios (defensa jurídica y asistencia en viajes).

■ Seguro de personas. Y dentro de éstos el seguro sobre la vida y el de accidentes, y de enfermedad y asistencia sanitaria (aunque algunos vienen a mantener que éstos últimos son más de daños, pues el riesgo es sufrir un daño valorable económicamente).

El Art. 1.091 del Código Civil establece que : *“Las obligaciones que nacen de los contratos tienen fuerza de Ley entre las partes contratantes, y deben cumplirse al tenor de los mismos”*.

Por ello las condiciones del contrato, pactadas pues, constituyen y tienen fuerza de Ley entre los contratantes, y por ello el asegurado debe de conocer el contenido del contrato que suscribe, debiendo imperar la buena fe de los contratantes. No obstante es muy difícil encontrar un contrato de seguro que se haga como único, ya que terminan siendo contratos de adhesión o masa (si bien con pactos añadidos a la vista de la especialidad). De hecho la práctica nos lleva a que el sistema de contratación sea en base a unas condiciones generales elaboradas unilateralmente por la entidad aseguradora (debiendo ajustarse a la Ley de Contrato de Seguro y con la espada de la legislación de consumidores y usuarios), quedando lejos el tiempo de los controles previos de la Administración en lo que los modelos de pólizas estaban sujetos a la autorización administrativa, salvando los de suscripción obligatoria en los que la Dirección General de Seguros mantiene su potestad de prohibición (Art. 24.5 de la Ley 30/95 Supervisión de los Seguros Privados).

Esa libertad de pactos (sancionada en el Art. 1.255 del Código Civil, por el que : *Los contratantes pueden establecer los pactos, cláusulas y condiciones que tengan por conveniente, siempre que no sean contrarios a las leyes, a la moral, ni al orden público*), queda mermada en los seguros obligatorios, los cuales vienen impuestos por Ley a quienes desarrollen actividades que generan un riesgo, viniendo obligados a garantizar un evento dañoso a un tercero. Tal es así que aquel que venga o pretenda hacer esa actividad (sea circular con un vehículo, cazar o transportar viajeros) viene obligado a celebrar un contrato, con un conjunto de derechos y obligaciones previamente establecidas por la administración, de ahí que en este supuesto sí exista el manto de la administración.

Por último habremos de hacer un breve comentario sobre el hecho de que si bien el asegurado se obliga a indemnizar *dentro de los límites pactados*, éstos pueden venir definidos por Ley; así, y a modo de ejemplo, aunque se concierte mediante el Seguro Voluntario del uso y circulación de vehículo de motor, la responsabilidad civil como ilimitada, los daños y perjuicios causados a las personas, en ese

ámbito, se cuantificarán en todo caso con arreglo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el anexo del RDL 8/2004. Ver S.T.C. 189/2000 de 29 de Junio.

Art. 2.- *Aplicación de la Ley.* Las distintas modalidades del contrato de seguro, en defecto de Ley que les sea aplicable, se regirán por la presente Ley, cuyos preceptos tienen carácter imperativo, a no ser que en ellos se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

Reiteramos la libertad de pactos consagrada en el Art. 1.255 del Código Civil y que tiene su concordancia con el Art. 385 del Código de Comercio, por el que "el contrato de seguro se regirá por los pactos lícitos consignados en cada póliza o documento...". Pero quizás lo más llamativo del precepto sea la tendencia proteccionista del asegurado frente a cláusulas capciosas. También es destacable el hecho de que la Ley prevé unos mínimos, dejando a las partes que contraten una ampliación, siempre y cuando esa nuevas obligaciones resulten beneficiosas para el asegurado, por ejemplo, la inclusión del seguro voluntario de vehículos de motor.

Igualmente indicar que a pesar de la dicción del artículo, respecto de los llamados seguros marítimos, sigue vigente la regulación contenida en los artículos 737 a 805 del Código de Comercio, pudiéndose aplicar la Ley de Contrato de Seguro con carácter supletorio. Así se manifiesta la STS 20/02/1995, Sala 1ª, Ponente: Sr. Ortega Torres: "Es lo cierto que, no obstante la inaplicabilidad de la LCS al seguro marítimo, según han declarado, entre otras, las SS de 21/07/89, 22/04/92 y 16/02/94, aquélla puede ser aplicable con carácter supletorio..."

Art. 3.- *Condiciones generales y particulares.* Las condiciones generales, que en ningún momento podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito.

Las condiciones generales del contrato estarán sometidas a la vigilancia de la Administración Pública en los términos previstos en la Ley.

Declarada por el Tribunal Supremo la nulidad de alguna cláusulas de las condiciones generales de un contrato, la Administración Pública competente obligará a los aseguradores a modificar las cláusulas idénticas contenidas en sus pólizas.

Hay que destacar el carácter "sui generis" de las condiciones generales de las pólizas de los contratos de seguro, como resultado y exigencia de la contratación en masa, cuya principal peculiaridad es estar excluidas de la discusión precontractual de las partes, a diferencia de las condiciones particulares que se pueden adaptar a las circunstancias de cada asegurado y redactarse de común acuerdo, viniendo aquéllas preestablecidas por el asegurador, bajo el control e inspección de la administración pública, e imponiéndose al asegurado sin posibilidad de ser modificadas por éste, si bien hace que las mismas participen de las características del derecho objetivo o normado, no desvirtúa su naturaleza esencialmente contractual, cuya eficacia, vinculante sólo para las partes, nace de la adhesión y, en definitiva, del consentimiento del asegurado, al no tener tampoco el carácter de una declaración unilateral obligatoria; y de ahí que la aprobación por el Estado de las condiciones generales de dichas pólizas, no impida la aplicación de ellas de las normas generales de los contratos y en particular de los arts. 1254 y 1261.1º del CC, como ha declarado una reiterada jurisprudencia, que viene aplicando a estas cláusulas de adhesión los preceptos relativos a la interpretación de los contratos, y en particular la regla de que la interpretación de las cláusulas oscuras no debe favorecer a la parte que hubiese ocasionado la oscuridad (art. 1288CC), que en este caso es el asegurador. Citamos las STS 31/03/73, 03/02/89 y 04/07/97.

Por tanto, habremos de destacar como características de las condiciones generales:

- Que no pueden resultar lesivas para el asegurado.
- Las que resulten limitativas se destacarán, pretendiéndose que no se difuminen en la maraña que todo condicionado es. Se diferencian de las primeras en que éstas son válidas cuando el asegurado presta su consentimiento de modo especial, mientras que aquéllas son inválidas siempre por su marcada onerosidad para el asegurado. Siendo requisito para su validez esa nota de destacamiento o de relieve, y que de forma, notoria, sea conocida, aceptada y suscrita específicamente, de tal modo que su asunción por el asegurado no ofrezca ninguna duda. Los riesgos excluidos habrán de ser expresados de una manera clara y precisa, además de destacarse

en la póliza del contrato o en un documento complementario *suscrito por el asegurado*, siendo lícita y oponible al tercero ofendido o perjudicado la estipulación de cláusulas de limitación de la responsabilidad del asegurador, respecto a concretos y específicos riesgos siempre y cuando dichas cláusulas se resalten en las pólizas o en sus complementos, se den a conocer al asegurado, éste las acepte y finalmente, las suscriba.

■ Importante es la distinción entre cláusulas limitativas y delimitadoras del riesgo. Tras larga discusión doctrinal y jurisprudencial, debemos destacar la **sentencia del Pleno de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 11 de septiembre de 2006**, dictada con el propósito de mantener un criterio uniforme y procurar el reforzamiento de los principios de seguridad jurídica e igualdad en la aplicación de la ley sin desconocer la casuística propia del derecho de seguros y la dificultad que en la práctica presenta la distinción entre unas y otras cláusulas, ha establecido doctrina para la aplicación del criterio que se entiende correcto en torno a la distinción entre ambos tipos de cláusulas y lo ha hecho en los siguientes términos:

"Esta Sala, en la jurisprudencia más reciente, que recoge la sentencia de 30 de diciembre de 2005, viene distinguiendo las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado –las cuales están sujetas al requisito de la específica aceptación por escrito por parte del asegurado que impone el art. 3 LCS-, de aquellas otras que tienen por objeto delimitar el riesgo, susceptibles de se incluidas en las condiciones generales y respecto de las cuales basta con que conste su aceptación por parte de dicho asegurado."

Igualmente destacamos las **STS de 16 de octubre de 2000**, según la cual *"la cláusula limitativa opera para restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido y la cláusula de exclusión de riesgo es la que especifica qué clase de ellos se ha constituido en objeto del contrato."*

Por tanto, podríamos llegar a la conclusión de que las cláusulas delimitadoras del riesgo son, en términos contenidos en la sentencia de la AP de Madrid, Sec. 14, de 14/05/08 (SP/SENT/175577), *"aquéllas mediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando qué riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla."*

Es criterio, totalmente pacífico, que en los supuestos de dudas en materia de interpretación de las pólizas de seguros, habrá de estarse a la interpretación más favorable para el asegurado y ello deviene al ser el contrato de seguro como de adhesión y prevalece la interpretación más favorable para el asegurado, de conformidad con la actual legislación de consumidores y usuarios (Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias) y el Art. 1.288 del Código Civil, a cuyo tenor *"La interpretación de las cláusulas oscuras de un contrato no deberá favorecer a la parte que hubiera ocasionado la oscuridad"*. E incluso *"Si alguna cláusula de los contratos admitiere diverso sentido, deberá entenderse en el más adecuado para que produzca efecto"* (Art. 1.284 del C.c.), e igualmente *"Las palabras que puedan tener distintas acepciones serán entendidas en aquella que sea más conforme a la naturaleza y objeto del contrato"* (Art. 1.286 C.c.), pretendiendo con todo ello el legislador que los contratos (en este caso el de seguro) sean redactados con la mayor claridad y precisión.

En la misma línea es doctrina reiterada por nuestra jurisprudencia que en las dudas que surjan en las interpretaciones derivadas de un contrato de seguro, primará el principio *"in dubio pro asegurado"*.

Así, a título de ejemplo, podemos citar la SAP Madrid, Sección 20, de 17/01/2005, según la cual es *"...constante y reiterada la doctrina, tanto del Tribunal Supremo como de diferentes Audiencias Provinciales, que señala que cuando se asegura el riesgo de hurto o robo, dicho concepto, con base a lo señalado en el art. 50 de la LCS no puede ser entendido en un sentido técnico jurídico, sino en el amplio y vulgar de sustracción o apoderamiento ilegítimo, por ser de aplicación el art. 3 de la misma Ley al encontrarnos ante un contrato de adhesión."*

Art. 4.- Existencia del riesgo. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Se entiende por riesgo la posibilidad de un evento dañoso, por tanto nos encontramos ante una posibilidad futura e incierta (puesto que resultaría innecesaria para un hecho imposible e iría contra la propia naturaleza del seguro su contratación sobre acontecimiento ya producidos). De esta manera si al contratar el seguro no existiese la posibilidad de que el evento dañoso se produjera estaríamos ante una clara nulidad del mismo, y ello en concordancia con lo previsto en el

Art. 1.275 del C.c., según el cual " *Los contratos sin causa, o con causa ilícita, no producen efecto alguno. Es ilícita la causa cuando se opone a las leyes o a la moral*".

SECCIÓN II

Conclusión, documentación del contrato y deber de declaración del riesgo.

Art. 5.- *Obligación de entrega de la póliza.* **El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. El asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional. En las modalidades de seguro en que por disposiciones especiales no se exija la emisión de la póliza el asegurador está obligado a entregar el documento que en ellas se establezca.**

El documento justificativo del contrato de seguro venimos a denominarlo como póliza, la cual tiene que recoger las condiciones generales y particulares del mismo, y en definitiva fija las normas de la relación contractual entre la aseguradora y el asegurado. Siendo premisa necesaria para la validez del contrato su entrega al tomador, sirviendo mientras tanto un documento de cobertura provisional en el que se contenga los elementos esenciales del contrato, y puede servir una proposición de seguro, e incluso una carta o fax remitidos por el asegurador (cartas de garantía).

Art. 6.- *Solicitud y proposición de seguro.* **La solicitud de seguro no vinculará al solicitante. La proposición de seguro por el asegurador vinculará al proponente durante un plazo de quince días.**

Por acuerdo de las partes, los efectos del seguro podrán retrotraerse al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

Este precepto es uno de los que más discusiones doctrinales y jurisprudenciales ha provocado desde la promulgación de la Ley. Por ello resulta especialmente interesante la reciente sentencia del TS de 07/09/08 (Recurso 1094/02), Ponente: Xiol Ríos. Esta sentencia va a ser objeto de una de las tareas a realizar al contener, no sólo la opinión de nuestro Alto Tribunal al respecto de la interpretación de este

precepto, sino también un extenso desarrollo de las tesis no acogidas por el Supremo.

[SENTENCIA LEY CONTRATO DE SEGURO\SENTENCIA TS 04.09.08 ARTICULO 6 LCS.pdf](#)

No obstante lo anterior, destacaremos algunas notas que puedan servir igualmente de base al debate. Para ello nada mejor que empezar destacando la normativa civil común que guarda relación con esta norma. Es el art. 1.262 del CC, según el cual:

“El consentimiento se manifiesta por el concurso de la oferta y de la aceptación sobre la cosa y la causa que han de constituir el contrato”.

La perfección del contrato de seguro se produce también con la confluencia de la oferta y la aceptación, pudiéndose llegar a ese punto por cualquiera de la iniciativa de las partes. Pero es evidente que la norma especial que supone el precepto de la LCS respecto de la norma general del CC establece una serie de singularidades que necesitamos conocer.

Podríamos interpretar que la oferta del posible tomador del seguro por medio de la solicitud puede ser revocable y solamente cuando se produzca la aceptación de dicha solicitud, el solicitante quedaría vinculado, si bien la solicitud no es más que una petición de oferta, y sólo cuando la misma contenga los elementos esenciales del contrato permitirá al asegurador formular una proposición de contrato que, posteriormente, el tomador aceptará o no, con su mera adhesión.

La proposición del asegurador le vincula durante el plazo de quince días, siendo pues, durante ese tiempo irrevocable, pudiendo (de así acordarlo) darse un mayor lapso de tiempo. Se presume hecha por escrito (a la vista de la redacción de este precepto y del Art. 8) y en donde el posible tomador declarará el riesgo.

El problema de cuando se produce la perfección, si cuando llega a conocimiento de quien hizo la oferta (de conformidad al nº 2 del Art. 1.262 del C.c., según el cual *“la aceptación hecha por carta no obliga al que hizo la oferta sino desde que llegó a su conocimiento”*), o con la emisión (de acuerdo con el Art. 54 del Código de Comercio según el cual *“...quedarán perfeccionados desde que se conteste aceptando la propuesta...”*), entendemos que esta última teoría es la que nos dará la respuesta y ello porque sirve de protección al asegurado, anticipándose ese momento de perfección.

La aceptación por la aseguradora del pago de la prima (aunque sea parte, bien directamente o por Agente) ha de interpretarse,

inexorablemente, como el consentimiento de aceptación del contrato, quedando, pues, obligada. Por otro lado ese plazo de quince días de vinculación en la proposición de seguros es de rigor, de tal modo que transcurrido el mismo sin concertarse la póliza de seguros, la vinculación cesa automáticamente.

Necesario es igualmente destacar la regulación específica que sobre la solicitud y proposición de seguro obligatorio que cubre el riesgo de la circulación de vehículos a motor encontramos en los artículos 11 y 12 del Real Decreto 1507/08, de 12 de septiembre que aprueba el Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor.

Art. 7.- Tomador, asegurado y beneficiario. El tomador del seguro puede contratar el seguro por cuenta propia o ajena. En caso de duda se presumirá que el tomador ha contratado por cuenta propia. El tercer asegurado puede ser una persona determinada o determinable por el procedimiento que las partes acuerden.

Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador del seguro, salvo aquéllos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado. No obstante, el asegurador no podrá rechazar el cumplimiento por parte del asegurado de las obligaciones y deberes que correspondan al tomador del seguro.

Los derechos que derivan del contrato corresponderán al asegurado o, en su caso, al beneficiario, salvo los especiales derechos del tomador en los seguros de vida.

El tomador del seguro es la persona que contrata, en su propio nombre, siendo pues la parte contratante, mientras que el asegurado es el titular del interés asegurado, el que corre el riesgo, pudiendo existir una tercera figura que sería el beneficiario.

Ha de constar expresamente que el tomador actúe por cuenta ajena, pues caso contrario y por principio se entendería que lo hace por cuenta propia.

Art. 8.- Contenido de la póliza. (Redactado de conformidad con la Ley 18/07, de 13 de mayo). La póliza del contrato deberá redactarse, a elección del tomador del seguro, en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde aquélla se formalice. Si el

tomador lo solicita, deberá redactarse en otra lengua distinta, de conformidad con la Directiva 92/96, del Consejo de la Unión Europea, de 10 de noviembre de 1.992. Contendrá, como mínimo, las indicaciones siguientes :

- 1. Nombre y apellidos o denominación social de las partes contratantes y su domicilio, así como la designación del asegurado y beneficiario, en su caso.**
- 2. El 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. Si interviene un mediador en el contrato, el nombre y tipo de mediador.** (Inciso redactado conforme a Ley 26/06, de 17 de julio)

En el caso de póliza flotante, es especificará, además la forma en que debe hacerse la declaración del abono.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza. Lo establecido en este párrafo se insertará en toda póliza del contrato de seguro.

Además de los contenidos mínimos, en los seguros de daños se ha de indicar los criterios de adecuación de la suma asegurada y las primas a las oscilaciones del valor del interés ; en los de crédito, el porcentaje de la pérdida final que resulte de añadir al crédito impagado los gastos de recobro y procesales ; en el de vida, el régimen de rescate, reducción y anticipos ; en el de accidentes, los baremos para fijar el grado de invalidez en los de robo, el plazo desde que no sea habido lo sustraído y a partir de cual surge la obligación del asegurador.

En la denominada póliza flotante o de abono al concertar el contrato de seguro se individualiza la clase de riesgo si bien en ese momento no existe objeto alguno sometido al mismo, no se corre efectivamente un riesgo concreto de esa clase, pero ya asegurador y asegurado están contractualmente vinculados ; cuando surge una efectiva situación

concreta de riesgo el asegurado se lo comunica al asegurador mediante la denominada "declaración de alimento" o de "abono" de la póliza, sin necesidad, por tanto, de celebrar un contrato para cada caso particular.

Art. 9.- *Transferencia de la póliza.* La póliza del seguro puede ser nominativa a la orden o al portador. En cualquier caso, su transferencia efectuada, según la clase de título, ocasiona la del crédito contra el asegurador con iguales efectos que produciría la cesión del mismo.

Las pólizas nominativas designan como titular a una persona y exclusivamente a ella. En las pólizas a la orden se designa como titular a la persona cuyo nombre figura en la póliza o a otra que ha ordenado aquella. Y por último las emitidas al portador, la transferencia de la póliza (y por tanto su derecho de crédito frente al asegurador) se produce entre los contratantes con la mera entrega del documento.

Art. 10.- *Deber de declaración del riesgo.* El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste 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 medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Si el asegurado omite, aún con actuar falto de dolo específico, circunstancias que influyen en la eventualidad del riesgo, ello provocará que la asegurada no haga frente a sus obligaciones, ya que el contrato sería nulo de raíz ; en este sentido el asegurador debe de tener conocimiento de todas y cada una de aquellas circunstancias ya que ello tiene su trascendencia en la misma conclusión del contrato y en la prima, en su caso, ya que hubiera podido dar lugar, de ser conocidas aquellas a la no celebración del contrato o a una sobreprima.

Esa ocultación dolosa permite la alegación por parte el asegurador de la "exceptio doli", mediante la cual puede oponerse a la acción ejercitada en su contra exigiéndole el cumplimiento de sus obligaciones. Sin embargo el problema deviene, por ejemplo en supuestos de seguros de vida, enfermedad, etc..., en que no se rellena en forma determinante y clara en la proposición de seguro las enfermedades padecidas, siéndole exigible a la aseguradora, y por su vía al agente, la preocupación de que se verifiquen todas las casillas, pudiendo realizar un examen médico, por lo que si dicha entidad aseguradora no obliga a cuestionario debe de asumir las obligaciones sin traer después a colación las enfermedades previas. Por ello es muy necesario que se cumplimenten las proposiciones con todo el cuestionario debidamente relleno, no siendo válida la práctica viciosa de firmar en blanco, debiendo incluso hacerse de puño y letra del propio tomador y caso contrario no emitir la póliza hasta tanto no se haya verificado el cuestionario debidamente.

Actualmente el estado de la jurisprudencia viene exigiendo con reiteración que, para la aplicación de la sanción de nulidad del contrato de seguro vía artículo 10 LCS es requisito ineludible que el asegurado sea sometido a cuestionario previo en el que deba declarar sobre las circunstancias relativas al riesgo. Sin dicho cuestionario o con un cuestionario parco que no comprenda en sus cuestiones todas las circunstancias que pueden influir en el riesgo, no puede haber declaración inexacta.

A este respecto, la STS, Sala 1ª, 29/04/08, Recurso nº 321/01, Ponente Sr. Gullón Ballesteros afirma:

"La sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2.002 recuerda que las circunstancias omitidas en la declaración, para ser relevantes, son las que pueden influir en la determinación de los riesgos, y la fijación de ello es una cuestión de hecho exenta de control casacional. La de 22 de mayo de 2.003 declaró: "El párrafo 3º del artículo 10 termina diciendo que "si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará exonerado el asegurador del pago de la prestación". Al referirnos a este supuesto, como hace la doctrina más autorizada, interesa hacer notar, en primer lugar, que se trata de estudiar el supuesto en el que exista dolo o culpa grave del tomador del seguro. La Ley, en este caso, se refiere a los dos conceptos, mientras que en otros se alude únicamente al dolo o, con terminología insegura, de la que había pretendido huir el Proyecto de Ley, a la

"mala fe". El elemento intencional al que es tan sensible el contrato de seguro, ha querido extenderse en este caso del artículo 10 a esos dos supuestos. Comprende así el caso de declaraciones inexactas o recientes por dolo, es decir, cuando esas declaraciones tienen como finalidad el engaño del asegurador, aun cuando no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte (artículo 1.260 y 1.269 del Código civil y, también, aquellas declaraciones efectuadas por culpa grave, esto es, con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario. La precisión de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se ha debido a culpa grave no es tarea fácil, en que la línea divisoria entre la culpa leve y la grave es sutil. Sólo a la vista de cada caso concreto podrá determinarse si nos encontramos ante un supuesto de culpa grave o no. Todo ello es de libre apreciación del Tribunal sentenciador en cuanto, siendo conceptos jurídicos, han de resultar de lo actuado como hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial interpreta y valora, para decretar su concurrencia. (Sentencias del Tribunal Supremo de 12 de agosto de 1.993 y 24 de junio de 1.999)".

Art. 11.- Agravación del riesgo. El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Si durante la vigencia del contrato de seguro sobreviniere cualquier circunstancia que agravase el riesgo, le incumbe a la parte (tomador del seguro) la comunicación al asegurador, ya que el principio de la buena fe sirve de base a la relación contractual, y por tanto ese deber de declarar todas las circunstancias que influyan en el riesgo es totalmente inexcusable, de tal modo que su ocultación sólo podrá ir en perjuicio del mismo.

Esta obligación del tomador del seguro está conectada con la obligación de comunicar las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo (artículo anterior), si bien en este caso era para la aceptación de la relación contractual, ahora es para que siga existiendo el equilibrio necesario en la misma, y de ahí el deber de comunicación de cualquier agravación, puesto que si existe una alteración en el riesgo, ello conlleva, necesariamente, a un desequilibrio entre lo que pactaron las partes, toda vez que la asegurada cubre un riesgo por una prima, pero si el riesgo es mayor la prima queda descompensada.

Si bien en el momento de establecer la relación contractual, se exige ese deber al tomador, este precepto amplía la obligación al asegurado, puesto que de otro modo el fraude sería demasiado factible, o simplemente porque pueda ser el asegurado el único que conozca esas circunstancias (en seguro de vida, cambio de puesto de trabajo que influya en el riesgo).

La interpretación sobre el momento de la comunicación puede ser varia, de hecho el precepto lo recoge, quizás de forma ambigua, "tan pronto como le sea posible", si bien el espíritu de la norma hace pensar que ese momento se convierte en imperativo desde cuando nace el aumento o agravación del riesgo.

Art. 12.- *Facultad de denuncia del contrato.* El asegurador puede en un plazo de dos meses a contar del 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 proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, 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 días siguientes, comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá 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, en el caso del tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración 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 hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Este precepto viene a recoger las consecuencias de la agravación del riesgo, caso de que haya habido o no comunicación al asegurador. De tal modo que se prevén diversas posibilidades que veremos a continuación. El problema puede radicar en que el asegurador entienda que esas circunstancias, que a su criterio agravan el riesgo, y que le son conocidas, bien directamente o indirectamente, no sean apreciadas de igual forma por el tomador, no aceptando éste la proposición que le haga la aseguradora, por lo que en ese supuesto tendrá que dilucidarse en vía judicial, donde se tendrá que declarar si aquellas son de tal magnitud que agravan, efectivamente el riesgo o no.

A efectos de los plazos, hemos de recordar lo previsto en el Art. 5 del C.c., a cuyo tenor : "*Siempre que no se establezca otra cosa, en los plazos señalados por días, a contar de uno determinado, quedará éste*

excluido del cómputo, el cual deberá empezar en el día siguiente ; y si los plazos estuviesen fijados por meses o años, se computarán de fecha a fecha. Cuando en el mes del vencimiento no hubiera día equivalente al inicial del cómputo, se entenderá que el plazo expira el último del mes. En el cómputo civil de los plazos no se excluyen los días inhábiles"

Al conocimiento de la circunstancias de agravación, al asegurador le caben dos posibilidades, bien proponer una modificación del contrato, bien denunciarlo desistiendo de mantener la relación contractual. Debiendo incidir que cualquier comunicación, en uno u otro supuesto, habrá de hacerse por escrito, y existiendo constancia fehaciente de la misma.

Por último y en relación a si existió mala fe, ocultamiento del riesgo, etc., y se produce un siniestro, estaremos siempre a la prueba y acreditación de todo ello, pues como principio básico en las obligaciones gravita el Art. 1.214 del CC, según el cual "*Incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento, y la de su extinción al que la opone*".

Art. 13.- Disminución del riesgo. El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato u 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 del riesgo.

Es lógico y equitativo, en contraposición al artículo precedente, que si se dan circunstancias que disminuyan el riesgo, tenga su repercusión en favor del tomador o el asegurado.

Por ello si el asegurador, caso de reducirse el riesgo está obligado a compensarlo en la prima futura, reduciéndola, u obligando a devolver la diferencia entre la prima abonada y la que hubiera debido abonarse, y, por supuesto, en el caso de no existencia del riesgo, el asegurador debe restituir la prima correspondiente a dicho período.

A diferencia del Art. 12, no se expresa plazo para la resolución a instancias del tomador, y ni tan siquiera modo ; y por ello si en el supuesto de agravación es un mes y por otro lado, los plazos de suspensión de la cobertura de impago es de igual plazo, habremos de concluir que ese período es el que tiene para denunciar la póliza. Por otro el tomador podría interpretar que la emisión del asegurador de un recibo con una prima sin reducción es la negación a aceptar la disminución del riesgo, aunque éste debe de rechazar o no la pretensión de contrario de forma fehaciente.

SECCIÓN III

Obligaciones y deberes de las partes

Art. 14.- Pago de la prima. El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

De conformidad al Art. 1 de la presente Ley, el asegurador se obliga mediante el cobro de una prima. Es la lógica contraprestación a satisfacer la indemnización en caso de producirse el evento cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura. Se constituye así la prima en el principio y base fundamental del negocio asegurador, por cuanto si éste no la percibe no tendría capital para atender sus obligaciones. Las primas deberán ser suficientes para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguros.

Otra cuestión será la modalidad de pago, quedando libertad de pactos entre los contratantes, pudiendo incluso acordar la eficacia del contrato sin haber percibido la misma o que la eficacia y la perfección del mismo quede condicionada a la efectiva percepción de la prima. El obligado al pago es el tomador, aunque si el asegurado lo pretende habrá de admitírsele (el Art. 1.158 del C.c. establece que : "*Puede hacer el pago cualquier persona, tenga o no interés en el cumplimiento de la obligación...*"), incluso es muy frecuente que lo haga un tercero, por mandato de aquel, ya que hoy por hoy, son las entidades financieras quienes atienden dichas obligaciones por mandato de sus clientes. El receptor de la prima es la entidad aseguradora (el Art. 1.162 del C.c., establece que : "*El pago deberá hacerse a la persona en cuyo favor estuviese constituida la obligación, o a otra autorizada para recibirla en su nombre*"), y en su nombre el agente (como más adelante se verá), sus dependientes, etc...

Al fijar el domicilio del asegurado como lugar del cumplimiento, el legislador siguió lo establecido en el Art. 1.171 del C.c., y que el pago deberá ejecutarse en el lugar que hubiese designado la obligación, y de no fijarse será el domicilio del deudor, siendo éste fijado en la póliza (puesto que era uno de los requisitos de la misma), debiéndose notificar los cambios y de no comunicarse esa alteración, se estimaría válida la presentación del recibo en la residencia habitual del asegurado (caso de persona física, de conformidad al Art. 40 C.c.), o el lugar donde se encuentre la representación legal o ejerzan las principales funciones en el supuesto de persona jurídica (de acuerdo con el Art. 41 C.c.). Debiéndose, si se ha pactado lugar de pago distinto del domicilio, (y como cláusula limitativa debe de ser aceptada específicamente), procederse al aviso del vencimiento. (Aunque, personalmente, yo creo que ello es una reiteración y recordatorio de una obligación, que por haber sido asumida por una de las partes contratantes, ésta debe de tenerla presente y cuidarse de su cumplimiento, sin tener porqué esperar a que la contraparte le haga ese aviso, pero esto choca con el principio del pro asegurado inspirador de esta Ley).

En los supuestos de pago mediante cheques, habremos de estar al segundo párrafo del Art. 1.170 del C.c., a cuyo tenor "*La entrega de pagarés a la orden, o letras de cambio u otros documentos mercantiles, sólo producirán los efectos de pago cuando hubiesen sido realizados...*", es decir hasta lo que se considera el buen fin del cheque.

Art. 15.- Incumplimiento del pago de la prima. Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

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. 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. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

He aquí una de las grandes singularidades del ordenamiento jurídico español: la determinación legal de la obligación de la aseguradora de cubrir un siniestro aunque no haya cobrado la contraprestación.

La efectividad del contrato, o la obligación del asegurador de atender el siniestro, queda supeditada (en el caso de la primera prima) a la atención del pago de ésta por el tomador, de tal modo que la cobertura no comienza hasta el pago, pero, siempre y cuando ello sea debido por causa imputable al tomador. Acaecido el impago de la primera prima, el asegurador podrá optar por la reclamación en vía ejecutiva o resolver el contrato, y si bien no se especifica el plazo que se tiene para ello habrá de entenderse (por una aplicación analógica del segundo párrafo) que seis meses, aunque la interpretación de que el plazo es el mismo que el del contrato pueda ser aceptable, pero sería incongruente que en los sucesivos pagos de las primas estemos ante el referido de los seis meses y, en cambio, en el primero, ese plazo fuese el de la propia póliza.

Sin embargo, la problemática se centra principalmente en los impagos de las sucesivas primas. Y es una problemática muy importante por la interpretación judicial que a veces se realiza del segundo párrafo del precepto transcrito. Resulta habitual que manifestaciones de los asegurados del tipo de que ellos abonaron estos seguros al agente o corredor sin limitación de tiempo, que el banco no les avisó, que a la fecha del vencimiento existían fondos en la cta. pero después no, e incluso que estaban en la seguridad de que se encontraban abonados, etc, sean atendidas por los órganos jurisdiccionales pues situados en el plano de los perjuicios a un tercero, es "más fácil" que sea la aseguradora la que atienda la obligación y que con posterioridad "ventile" con su asegurado sus relaciones.

Aunque claro, bien es cierto que es práctica habitual en las aseguradoras, no remitir las comunicaciones al tomador a que se refiere el artículo por lo que siempre podrá alegarse que existe responsabilidad en quien, conociendo el contenido de la ley y contando con medios materiales y personales suficientes para ello, no procede conforme exige la norma para poder liberarse de su obligación.

En ese segundo párrafo hemos de distinguir entre el plazo del mes de gracia o de tolerancia, mes en que se prórroga la cobertura, y el periodo posterior hasta los seis meses desde la finalización de vigencia que es un plazo de suspensión de cobertura entre las partes, pero no oponible a terceros perjudicados, ya que la excepción del impago de la

prima por la aseguradora es una excepción de carácter personal que da lugar a la suspensión de la cobertura frente al asegurado por ser éste parte del contrato, pero no frente al tercero perjudicado, pues es inoponible caso de ejercicio de la acción directa contra el asegurador. Todo ello sin perjuicio de las facultades de repetición del asegurador respecto del tomador de seguro cuando aquél pueda probar que el impago ha sido como consecuencia de conducta culpable de éste.

Hay que poner en relación este artículo con el 1.124 del C.c. el cual establece que *"El perjudicado podrá escoger entre exigir el cumplimiento o la resolución de la obligación, con el resarcimiento de daños y abono de intereses en ambos casos"*; sin embargo esa facultad de resolver el contrato se entiende efectuada, y opera por Ley, si el asegurador no reclama la prima en el plazo de seis meses, reclamación ésta que de hacerse tendría que ser en vía judicial y teniendo presente que dicho plazo es de caducidad y no de prescripción, de tal modo que cualquier reclamación extrajudicial, no interrumpe el mismo.

La diferencia pues entre el primer y segundo supuesto, se encuentran en el distinto momento de la relación contractual; en aquél las consecuencias son el no haberse iniciado la cobertura del asegurador, y en éste ya estaba con vida esa obligación de atender y cobertura, y por eso se concede el mes de gracia.

Al respecto de los efectos e interpretación del artículo 15.2 LCS nada mejor que recoger parte del contenido de una sentencia del Tribunal Supremo reciente e importante de fecha 17 de octubre de 2008, la cual resuelve el recurso nº 2.433/2002:

La falta de pago del precio -prima- en el lugar y tiempo convenido supone un incumplimiento contractual que en sede de seguro está sometido a un régimen jurídico específico diferente del régimen general de los contratos con obligaciones recíprocas. Este régimen, que aquí limitamos al impago de la "prima siguiente", consiste: a) la cobertura, pese al impago, continúa durante un mes desde el vencimiento contado de fecha a fecha, comprendiéndose el último día por entero (art. 5.1 CC y S. 17 de noviembre de 2.000, núm. 1.080); b) se suspende la cobertura a partir del mes después del día del vencimiento (art. 15, párrafo segundo, inciso primero LCS ; SS. 19 de mayo de 1.990 y 9 de marzo de 1.996 , entre otras); c) el asegurador, cuando el contrato está en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso (art. 15, párrafo segundo, inciso final LCS); d) el contrato se extingue "si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de prima" (art. 15, párrafo segundo, inciso segundo, LCS); y, e) si el contrato no se extinguió, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima (art. 15, párrafo tercero, LCS).

Aunque los términos literales de la norma legal pudieran permitir una conclusión más rigurosa, sin embargo, la doctrina jurisprudencial, en sintonía con la doctrina científica, niega automatismo a la aplicación de la normativa y exige que el impago sea imputable al tomador, a menos a título de culpa. El criterio, por lo demás compartido por la entidad aseguradora aquí recurrente, se recoge en diversas resoluciones (SS. 14 de marzo de 1.994, 25 de mayo de 1.996), y como Sentencia más reciente la de 4 de septiembre de

2.008 (núm. 783) en la que se dice que "la falta de pago de la prima con anterioridad al siniestro a que se refiere el art. 15.1 LCS sólo puede producir el efecto de liberar de su obligación al asegurador en el caso de que la falta de pago sea imputable al tomador, pues así se infiere, en una interpretación sistemática, de la relación de éste precepto con el inciso que lo precede, que alude a la culpa del tomador en el impago de la prima; y, en una interpretación lógica, de la finalidad que con él se persigue de eximir al asegurador del cumplimiento del contrato por razón del incumplimiento de la obligación principal del otro contratante". La doctrina expuesta en la Sentencia parcialmente transcrita aunque se refiere al párrafo primero del art. 15, es aplicable por existir idéntica razón a la previsión legislativa del párrafo segundo .

Producido el hecho del impago de la prima, para determinar si hay culpa -si es imputable- del tomador del seguro hay que tener en cuenta en primer lugar lo pactado acerca de la forma y tiempo de pago, pues obviamente no cabe atribuir culpa al tomador cuando el recibo no se presenta en el lugar previsto (domicilio del tomador, entidad bancaria, o no está, en su caso, a disposición del pagador en la oficina aseguradora correspondiente) o existe un aplazamiento (SS. 28 de junio de 1.989, 22 de junio de 1.992, 10 de marzo de 2.006 , entre otras). Si no hay pacto, la entidad aseguradora debe acreditar que ha presentado el recibo al cobro, sin que se le haya efectuado su abono, si bien esta última consecuencia resulta de que, habiéndose cumplido la presentación, se siga en la posesión o tenencia del recibo. Y corresponde al tomador acreditar el pago, o bien el hecho o circunstancias que constituyen causa o motivo idóneo para justificar su falta de culpa.

Cuando se pactó la domiciliación bancaria, la entidad aseguradora debe probar que presentó el recibo en la misma y que le fue devuelto por falta de fondos en el tiempo en que ha de ser abonado, pero en modo alguno precisa acreditar, para que se produzca el incumplimiento del tomador con el efecto suspensivo de la cobertura, que el Banco se lo comunicó al cliente, ni tiene que efectuar ningún tipo de requerimiento o comunicación, fehaciente o no, al tomador. No lo exige la Ley ni ninguna disposición reglamentaria (la OMH de 22 de octubre de 1.982 está derogada), y no lo exige la jurisprudencia (SS. 18 de junio de 1.998, 6 de junio de 2.000, 17 de enero de 2.001, y 8 de junio de 2.006). En algunas Sentencias se hace referencia a la exigencia de un requerimiento o comunicación. Así la de 14 de diciembre de 1.985, respecto al régimen anterior a la LCS, y la de 22 de julio de 2.008 (núm. 793) con referencia al art. 15, párrafo segundo, LCS , pero en ambos casos había una previsión contractual específica al respecto.

Cierto que incluso en el caso de domiciliación bancaria cabe la posibilidad de que, por algún evento inconsciente o involuntario, no haya culpa del tomador; o dicho de otra manera, que la falta de provisión de fondos en la cuenta obedezca a una causa o circunstancia con entidad o idoneidad para exculparle. Pero nada de esto sucedió en el caso que se examina, hasta el punto de que el argumento básico de los demandados fue el de negar la domiciliación bancaria, respecto de cuyo extremo claramente se sienta por la Sentencia impugnada la falta de razón de los alegantes.

Estima la resolución recurrida que tal comunicación o requerimiento viene exigido por la buena fe (art. 57 del Código de Comercio, y 7.1 y 1.258 del Código Civil), pero la buena fe objetiva no puede servir de fundamento a tal exigencia, porque ni es preciso integrar la previsión contractual, ni la comunicación de que se trata viene requerida por el comportamiento honrado y leal en el ámbito de las respectivas obligaciones de las partes, máxime cuando el propio legislador la suprimió de modo expreso. La única persona negligente en el caso es la tomadora del seguro, que mantuvo durante un tiempo sin fondos la cuenta en donde tenía domiciliado el seguro, incurriendo incluso en la imprevisión de no convenir con el Banco o con la aseguradora un aviso para el caso de producirse la situación de hallarse la cuenta en descubierto, y sólo cuando se produjo el grave accidente (arrollamiento de un ciclomotor con muerte de las dos jóvenes que lo ocupaban) se advierte que no se pagó el seguro del vehículo, se paga la prima para recuperar su eficacia y se denuncia el siniestro. Tal actuación no puede estar amparada por la buena fe, ni por el art. 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, que no es aplicable al caso, tal y como con claridad, concisión y precisión, que es

como debe redactarse un recurso de casación consistente, se razona por la parte recurrente.

TERCERO.- La estimación del motivo único del recurso determina que deba declararse haber lugar a éste, con el efecto inmediato de asunción de la instancia. Y en este trance procesal, examinadas las alegaciones de la demanda y la contestación, el contenido de las actuaciones y las apreciaciones probatorias de las sentencias de primera instancia y apelación, procede sentar: 1. La corrección de la valoración probatoria efectuada que se ratifica, y especialmente la relativa a la domiciliación bancaria del recibo de pago de la prima y su impago por falta de fondos, más allá del mes de prórroga de cobertura; 2. Nada obsta a la acción de repetición ejercitada que el pago de la indemnización a las víctimas no se haya producido en virtud de condena judicial, máxime cuando resulta incuestionable la culpa del conductor del vehículo; 3. Las sumas pagadas son las que corresponden con arreglo al baremo de la LRC y SCVM; 4. La realización del pago no supone acto propio excluyente de la acción de repetición; y, 5. El cobro de la prima total anual, con posterioridad al siniestro, no supone acuerdo de retroacción de los efectos del seguro, y se ajusta a lo establecido en el art. 15, último párrafo, de la LCS, como dice la Sentencia de 27 de septiembre de 1.999.

Por todo ello, procede estimar la demanda (y el recurso de apelación) condenando solidariamente a los demandados a pagar la cantidad reclamada en la misma con los intereses legales desde la interpelación judicial. Se imponen a la parte demandada las costas de la primera instancia (art. 304.1 LEC) y no se hace especial pronunciamiento respecto de las de la segunda instancia y la casación (art. 398.2 LEC)."

[SENTENCIA LEY CONTRATO DE SEGURO\SENTENCIA TS 17.10.08 ARTICULO 15 LCS.pdf](#)

Igualmente destacamos otra reciente sentencia del TS, esta de fecha 22/10/08 (Recurso 3087/02), Ponente: ENCARNACIÓN ROCA, referente al tratamiento que debe darse a los fraccionamientos de prima. Se pronuncia del siguiente modo:

"Es cierto que los artículos 14 y 15 LCS establecen respectivamente, la obligación del tomador del seguro de pagar la prima correspondiente (Art. 14 LCS) y las consecuencias del incumplimiento de dicho deber (Art. 15 LCS). Es cierto también que la doctrina y la jurisprudencia han considerado que la prima es indivisible, lo cual se deducía ya del Art. 388 Cdec que establecía que "por el cobro de la prima pagada anticipadamente, el asegurador la hará suya, cualquiera que sea la duración del seguro" y aunque no exista una norma parecida en la vigente Ley de Contrato de seguros, la propia naturaleza aleatoria del seguro da una cierta razón de ser a esta conclusión. La indivisibilidad, sin embargo, no tiene nada que ver con el pacto sobre el pago a plazos de una prima, cuyo monto total va a cubrir los siniestros acaecidos durante la duración del contrato. En primer lugar debe recordarse que el propio Art. 14 LCS dice que el tomador debe pagar la prima "en las condiciones estipuladas en el contrato"; por ello, la sentencia de esta Sala de 16 septiembre 2004 dice que "[...] La prima única o periódica puede ser pagada a plazos. Esta posibilidad va en apariencia contra el principio de la indivisibilidad de la prima. Sin embargo, esto no es así, pues las partes pueden convenir en el pago a plazos de la prima que se estima única. Los términos convenidos asumen relevancia únicamente como una modalidad accesoria de la prestación, ya que no afectan a la modalidad de la obligación, sino a su cumplimiento. La prestación sigue siendo única con relación al período del seguro, aun cuando la ejecución de la misma se efectúe a plazos que se pagan por el tomador".

Art. 16.- Comunicación del siniestro. El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el

acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

La no comunicación del siniestro no exonera a la aseguradora de su obligación de indemnizar, sino que se le faculta para reclamar, si acredita que se han producido perjuicios derivados de esa dilación.

El asegurado, tomador o beneficiario tiene pues esa obligación que quedará cumplimentada si lo hace en la persona del mediador, con el plazo fijado que comenzará desde el propio conocimiento de la parte de la causación del hecho ; y por supuesto, la sanción prevista en el párrafo tercero se ha de interpretar de manera claramente restrictiva, no ya solo de si ha existido dolo o culpa grave, sino el incumplimiento del deber de información, de tal manera que la buena o mala fe en el actuar del asegurado ha de conectarse con la producción del evento o siniestro de que se trata, siendo la cualificación de la buena o mala fe potestativa de los Juzgados.

Art. 17.- *Deber de salvamento.* El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados a los bienes salvados serán de cuenta del asegurador hasta el límite fijado en el contrato, incluso si tales

gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. En defecto de pago se indemnizarán los gastos efectivamente originados. Tal indemnización no podrá exceder de la suma asegurada.

El asegurador que en virtud del contrato sólo deba indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, deberá reembolsar la parte proporcional de los gastos de salvamento, a menos que el asegurado o el tomador del seguro hayan actuado siguiendo las instrucciones del asegurador.

El articulado recoge el denominado "deber de salvamento", y si bien no especifica la actividad a desarrollar, estableciendo así de modo genérico y abierto el ámbito de esa obligación, es notorio que la misma conlleva la realización de cualquier conducta diligente que tenga como fin la de aminorar las consecuencias del siniestro, ya sea simplemente la de llamar a los bomberos en caso de un incendio o facilitando los medios para identificación de autor del daño. En definitiva opera lo que en el Código Civil se reitera de la actuación de un buen padre de familia, esto es lo que se espera de una persona prudente y diligente en las condiciones del caso.

El incumplimiento de ese deber tiene dos vertientes; si ha sido por un actuar doloso, con intención clara de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de la prestación derivada del siniestro, siempre y cuando ese elemento subjetivo lleve consigo el objetivo de un perjuicio al asegurador ; y por otro lado, si el actuar ha sido culposo, el derecho a la prestación del asegurado podrá reducirse de forma proporcional a la magnitud de su culpa y a los daños en el asegurador.

Respecto de los gastos de salvamentos, podemos destacar tres notas :

1.- Los que vengan a aminorar las consecuencias del siniestro serán de cuenta del asegurador, debiendo ser proporcionados a los bienes salvados, pudiendo estar limitados en el contrato de seguro, y si no existe pacto se habrá de atender los producidos con dicho fin con el límite de la propia suma asegurada (que conforme al Art. 27 de esta Ley, representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el asegurador en cada siniestro).

2.- Los gastos son debidos aún cuando no tuviera resultados positivos.

3.- Se establece una regla proporcional a los supuestos de indemnización de una parte de los daños causados, o en supuestos de infraseguros ya que la suma asegurada es inferior

al valor del interés y solo se indemniza parte, esa regla será válida para los gastos de salvamento.

Art. 18.- *Obligación de indemnizar al asegurado.* **El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador 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 asume como obligación la cobertura del riesgo descrito en el contrato, lo cual implica el deber de efectuar una determinada prestación en el supuesto de que se produzca el siniestro. Y una vez acaecido le cabe el derecho a aquél de verificarlo y valorarlo de conformidad a las cuantías determinadas en el contrato de seguro, con un plazo para que efectúe un importe mínimo, y de no hacerlo incurra en la mora prevista en el nº 3 del Art. 20 de esta Ley, debiendo realizarse pues el pago del importe mínimo.

Respecto al importe mínimo tiene su razón de ser en aquellos supuestos donde a pesar del tiempo transcurrido no se haya podido fijar el importe de la indemnización. La cantidad abonada tendrá la consideración de anticipo o pago a cuenta.

Art. 19.- *Mala fe del asegurado.* **El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado.**

Para que pueda entrar en juego este precepto es necesario que el evento que se constituye inicialmente como riesgo cubierto por el seguro se haya producido por mala fe, imputable al asegurado y que la misma sea causante del evento. El legislador ha optado por utilizar el término "mala fe" y no "dolo" con el fin de englobar un actuar malicioso genéricamente considerado y no el tan específico y restrictivo que constituye el dolo penal. Pero en definitiva se trata de un acto intencional y malicioso del asegurado, consciente y voluntario, y por supuesto, antijurídico.

El contrato de seguro da lugar a muchas estafas, desde la provocación del siniestro para cobrar la indemnización hasta falsear parte de él, pero la obligación de acreditar que hay mala fe del asegurado recae lógicamente en la aseguradora. Y todo ello porque los hechos maliciosos no pueden ser previstos en ningún contrato pues repugna a la propia naturaleza del seguro, pues no es concebible garantizar un actuar ilícito.

Ahora bien, no cabe duda de que la existencia de mala fe (dolo civil) en el asegurado excluiría que la aseguradora le pagase a él la indemnización a que en principio podría tener derecho, pero, ¿qué ocurre con los terceros perjudicados?

Durante años la jurisprudencia venía manteniendo de forma pacífica la tesis de que los daños causados dolosamente quedaban excluidos del ámbito del seguro, y por tanto, de su cobertura, pero la Sala 2ª del Tribunal Supremo constituida en Sala General para unificación de criterios (de conformidad al mandato del Art. 264 de la L.O.P.J.) dictó las Sentencias de 12 Noviembre 1994, 29 Mayo y 29 Octubre 1.997. La posterior nº 188/98 de 11 Febrero, (Ponente Móner Muñoz), recoge la nueva tesis:

"Una cosa es que no quepa asegurar conductas dolosas y otra muy distinta que entre los riesgos aleatorios del seguro esté incluido el de hacer frente a los perjuicios causados por actuación ilícita del asegurado. En esos casos, el asegurador se subroga en la obligación indemnizatoria, tiene derecho a repetir sobre el asegurado culpable para resarcirse del perjuicio que a su vez sufre por esta conducta culpable. El tercero inocente es ajeno a todo ello y ostenta por eso aquella acción directa e inmune del artículo 76 que rige especificidad en la materia por lo que como norma singular es prevalente."

Y es que el seguro de responsabilidad civil constituye tanto un medio de protección del patrimonio del asegurado como un instrumento de tutela de los terceros perjudicados. En consecuencia se trata de amparar a las víctimas dando cobertura a las indemnizaciones procedentes con independencia de que el evento generador del daño sea un ilícito civil o un ilícito penal, sea culposo o doloso.

El Art. 117 del Código Penal dispone que : *"Los aseguradores que hubiesen asumido el riesgo de las responsabilidades pecuniarias derivadas del uso o explotación de cualquier bien, empresa, industria o actividad, cuando como en consecuencia de un hecho previsto en este*

Código se produzca el evento que determine el riesgo asegurado, serán responsables civiles directos hasta el límite de la indemnización legalmente establecida, sin perjuicio del derecho de repetición contra quien legalmente corresponda”.

Frente a las razones expuestas se alega el principio de no asegurabilidad del dolo, sin embargo lo que prohíbe dicho principio es que el agente asegure su patrimonio contra las consecuencias negativas que se le pueden derivar de sus propios comportamientos dolosos.

Art. 20.- Mora del asegurador. Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas :

1º.- Afectará, con carácter general, a la mora del asegurador respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.

2º.- Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

3º.- Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere 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.

4º.- 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.

No obstante, transcurrido dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

5º.- En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez le

impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado 6º subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

6º.- Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7º.- Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.

8º.- No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que le fuere imputable.

9º.- Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en mora únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a

su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por mora en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

10º.- En la determinación de la indemnización por mora del asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el Art. 1.108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

El régimen especial de la mora del asegurador está regulado básicamente en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/80, de 8 de octubre), según la redacción que le dio la D.A. 6ª, punto 2º de la Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Sin embargo, también integran dicho sistema otras normas de la propia Ley de Contrato de Seguro (en adelante LCS); algunas de carácter general, como los artículos 18 y 19 referidos a la obligación del asegurador al pago de la prestación y otras más específicas como el apartado final del artículo 38, aplicable al seguro de daños. Asimismo y fuera ya de la mentada LCS, nos encontramos con el artículo 9 de la Ley 21/2007 que aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor y con el artículo 16 del Real Decreto 1507/08, de 12 de septiembre por el cual se aprueba el Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor.

Realizaremos el estudio de dicho régimen especial en función del contenido del artículo 20 LCS por ser la piedra angular del sistema. Este régimen especial de la mora, solamente aplicable en los casos en que sea una entidad aseguradora quien ostente la posición de deudor, supone una importante singularidad del ordenamiento jurídico español.

Es régimen especial respecto del régimen general aplicable a la mora de cualquier otro deudor que no sea una entidad aseguradora que viene regulado en el artículo 1.108 del Código Civil. Y supone una singularidad importante de nuestro ordenamiento jurídico puesto que los ordenamientos de los países de nuestro entorno aplican al asegurador el régimen general de la mora del deudor. Así ocurre en Italia, Portugal, Luxemburgo, Suiza o Francia, aunque en este último caso sí existen normas especiales en materia de indemnización de las víctimas de accidentes de circulación y en los casos de que la indemnización a abonar por el asegurador haya sido fijada por los órganos jurisdiccionales. Tan sólo en Noruega existe también un régimen especial de mora del

asegurador aunque bastante menos acentuada en su rigor, al menos en lo concerniente al tipo de interés aplicable (intereses legales).

Puede ser interesante, por tanto, que intentemos explicarnos por qué hemos llegado a esta situación; qué ha pasado en nuestro devenir histórico para que el ordenamiento jurídico español acabe construyendo un régimen especial de mora sin parangón en países cercanos. Ello nos va a llevar a un breve recorrido por los antecedentes legislativos del actual sistema, particularmente interesante en el caso que nos ocupa pues del mismo podremos también extraer criterios interpretativos que nos ayuden a resolver los numerosos enredos en que nos situó el legislador de 1995 cuando dio a luz al artículo 20 LCS.

Antecedentes legislativos.

1. Situación anterior a la entrada en vigor de la LCS.

Antes de 1980, las entidades aseguradoras estaban sometidas al régimen general de la mora del deudor. Tan sólo existía una singularidad respecto del seguro de incendios (aunque terminó aplicándose a todos los seguros de daños) en el artículo 409 del Código de Comercio, aunque de alcance práctico muy limitado. (1)

2. El artículo 20 LCS en su redacción originaria.

En 1980, concretamente el 8 de octubre, se promulga la Ley de Contrato de Seguro, Ley 50/80. Su artículo 20 decía:

"Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el asegurador no hubiere realizado la reparación del daño o indemnizado su importe en metálico por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un 20 por 100 anual."

Toda la LCS estaba inspirada en un claro proteccionismo de los intereses del asegurado, (el artículo 3 es buena muestra de ello). En ese afán nuestro legislador, que como dice SÁNCHEZ CALERO valoraba negativamente la conducta de los aseguradores, decidió instaurar en el artículo 20 un sistema especial de mora que actuaba como mecanismo de defensa del asegurado o perjudicado frente a los retrasos culpables de aquellos, paliando además la injusticia que suponía soportar una inflación que en el año 1977 llegó al 25% anual cuando el interés legal del artículo 1.108 CC era del 4%. Fijó entonces el legislador el interés moratorio en el 20% anual, índice escogido en función de las tasas de inflación de la época y en justa compensación de las significativas pérdidas que para el acreedor podía suponer un retraso culposo del asegurador en el cumplimiento de su obligación. Ya tenemos aquí una razón histórica de

primer orden para entender no sólo las razones de la instauración del régimen especial, sino también el concreto tipo de interés escogido, el cual, con algunas matizaciones, ha llegado hasta nuestros días.

Este artículo, basado aún en un concepto culposo de la mora, ya produjo batallas doctrinales y bastante litigiosidad que lógicamente culminó en prolija jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo. La evolución de la misma determinó que, en primer lugar, se fuera extendiendo la aplicación de este precepto a todo tipo de perjudicados, fueran o no asegurados y, en segundo lugar, se mitigara paulatinamente el principio de "in iliquidis non fit mora".

Abundando en este último aspecto diremos que si en sentencias del Alto Tribunal como las de 30 de octubre de 1990 o 13 de mayo de 1992, el mismo entendía que no procedía la aplicación del interés moratorio cuando la indemnización no estuviese mínimamente determinada. Sin embargo, resoluciones posteriores, de entre las cuales destacamos la de 27 de mayo de 1998, acaban con la aplicación del mentado principio y entienden que procede la imposición del interés del artículo 20 incluso cuando la cuantía a indemnizar no está fijada pues a los efectos de determinar si el asegurador ha entrado o no en mora basta con el mero trascurso del tiempo fijado normativamente, siempre dejando a salvo los supuestos en que dicho retraso no fuese culpable.

La sentencia indicada (27.05.1998) afirmaba textualmente: *"...el asegurador tiene la posibilidad de evitarlos -los intereses al tipo del 20% - si consigna en plazo el importe de la indemnización, sin que a ello constituya óbice argumentar que no siendo obligación líquida, el importe de dicha indemnización solamente podría conocerse en sentencia, debiéndose recordar que el asegurador queda, sin duda, obligado a satisfacer o consignar la indemnización desde que se produce el siniestro, pues la obligación resarcitoria no nace de la sentencia, que se limitará, únicamente, a determinar el importe finalmente acreditado."*

3. La D.A. 3ª de la L.O. 3/89.

En el año 1989 se promulga una norma de enorme importancia para entender la regulación actual de la mora del asegurador. Fue la D.A. 3ª de la L.O. 3/89 de reforma del Código Penal. Su tenor literal decía así:

"Las indemnizaciones que deban satisfacer los aseguradores como consecuencia del seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos de motor, devengarán un interés anual del 20 por 100 a favor del perjudicado desde la fecha del siniestro, si no fueren satisfechas o consignadas judicialmente dentro de los tres meses naturales siguientes a aquella fecha. Lo dispuesto en el párrafo anterior no será de aplicación"

al Consorcio de Compensación de Seguros cuando responda como fondo de garantía.”

Este artículo no se limitaba a matizar aspectos accesorios del artículo 20 LCS, sino que impuso diferencias de la suficiente entidad como para que podamos afirmar que con él se instaura un auténtico régimen especial al régimen especial de la mora del asegurador regulado en el artículo 20.

Como es de imaginar este artículo no gustó en absoluto al sector asegurador quien llevó sus inquietudes hasta el Tribunal Constitucional quien en sentencia 5/1993 de 14 de enero declaró constitucional la disposición por entender que el precepto estimulaba la diligencia del asegurador en el cumplimiento de su obligación facilitando un rápido resarcimiento de los perjudicados por accidentes de tráfico.

Esta D.A. fue derogada con la entrada en vigor de la Ley 30/95.

4. La culminación del proceso: el actual artículo 20 LCS.

La Ley 30/95 con la redacción que dio al artículo 20 LCS pretendió generalizar para todo tipo de seguros los efectos perseguidos con la entrada en vigor de la D.A. 3ª de la L.O. 3/89, recogándose normativamente esta pretensión en el número 1 de dicho precepto. De hecho el legislador de 1995 en la Exposición de Motivos, Apartado 6 “in fine” de la mentada Ley explicaba que reforma el interés moratorio aplicable a las entidades aseguradoras *“con la finalidad de aclarar los términos de la regulación de la materia y evitar la multiplicidad de interpretaciones a las que está dando lugar en las distintas resoluciones judiciales.”* Si esa era el objetivo del legislador, nueve años después de la entrada en vigor de la reforma podemos decir sin temor a equivocarnos que el mismo fracasó estrepitosamente en su tarea pues el nuevo artículo 20 ni ha aclarado el panorama de la mora del asegurador ni ha terminado con las dudas interpretativas, pues antes bien al contrario ha suscitado nuevas controversias que han supuesto una muy importante litigiosidad.

Y hasta cierto punto es lógico que esto haya ocurrido pues se ha pretendido aclarar y simplificar la regulación de la mora del asegurador introduciendo un precepto complicado, farragoso y casuístico (basta comparar la escueta pero acertada regulación del régimen general de la mora del deudor en el artículo 1.108 CC con este artículo 20 LCS), terreno abonado para el debate jurídico.

Naturaleza jurídica de las normas contenidas en el artículo 20 LCS.

Empecemos por decir que las normas sobre la mora del asegurador tienen carácter imperativo para éste por aplicación del artículo 2 LCS, cediendo sólo en su aplicación respecto de *"las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado"* (En este aspecto el régimen especial no se distingue del régimen general de la mora del deudor pues esta mención también figura en el artículo 1.108CC). Tan sólo una salvedad respecto de la afirmación anterior: el artículo 20 (y por extensión toda la LCS) no es imperativo en los seguros de grandes riesgos a los que se refiere el artículo 107.2 LCS en los cuales las partes tienen libre elección de la ley aplicable.

El carácter punitivo del interés del artículo 20 fue puesto ya de manifiesto por nuestro Tribunal Supremo en la jurisprudencia que aplicaba el mentado precepto en su redacción primera, la de 1.980. Así la STS de 24 de septiembre de 1998 afirma que *"el pago de los intereses moratorios actúa como sanción al deudor renuente que no resulta debidamente cumplidor..."* Podemos entender que dicha naturaleza punitiva se vio reforzada por la D.A. 3ª de la L.O. 3/89, donde incluso se eliminaba la necesidad de que el retraso del asegurador fuese culpable, y se mantiene, matizada, en la actual redacción del artículo 20 LCS. Podemos afirmar, por tanto, que más que un interés "moratorio" en sentido estricto, pues sus requisitos se alejan bastante de los aplicables a la mora de las deudas pecuniarias, nos encontramos ante un recargo que participa de una doble naturaleza compensatoria y sancionadora o penitencial.

Lo que es indudable, a nuestro entender, es que informa el contenido del actual artículo 20 LCS el principio "favor creditoris", la protección a ultranza del acreedor del asegurador, sea aquél contratante o tercero ajeno al contrato de seguro. La utilización de este criterio interpretativo puede ser un útil instrumento para resolver las muy numerosas controversias que suscita la aplicación de este artículo.

Elementos personales. Número 1 del artículo 20.

El número 1 del artículo 20 LCS señala quiénes pueden tener la condición de acreedores de los intereses moratorios a abonar por el asegurador. Ninguna duda ha habido nunca de que podía ostentar tal condición el asegurado, pues ello deriva de la redacción originaria del precepto. Lo mismo puede decirse del beneficiario en el seguro de vida. La ubicación sistemática del artículo 20 dentro de la LCS lo hace aplicable tanto a los seguros de daños como a los seguros de personas. No obstante es criticable la dicción legal al referirse exclusivamente al beneficiario en el seguro de vida obviando quienes puedan tener la condición de asegurados

en seguros de personas distintos del de vida, los cuales también deben considerarse incluidos entre los posibles acreedores de intereses.

El legislador de 1995 ha incluido también a los perjudicados en el seguro de responsabilidad civil a pesar de que éstos no son parte del contrato de seguro. Esta inclusión no supone más que refrendar normativamente lo que el Tribunal Supremo había venido haciendo en su jurisprudencia interpretativa del artículo 20 de 1.980.

Asimismo se ha incluido al tomador del seguro entre quienes pueden reclamar el abono de los intereses moratorios. Ninguna duda cabe en los casos en que coincidan asegurado y tomador. En los casos en que así no sea (p. ej.: derecho de rescate de un seguro de vida) entendemos que acertadamente se ha pretendido dotar de uniformidad a la actuación del asegurador cualquiera que sea el tipo de prestación que éste ha de cumplir.

Requisitos de la mora del asegurador.

1. Que el asegurador ostente la posición de deudor en una relación jurídica por tener la obligación de pago de la indemnización. Número 2 del artículo 20.

Es necesario que haya nacido la obligación de pago para la aseguradora en función de las obligaciones por la misma asumidas en el contrato de seguro.

El número 2 del artículo 20 recoge las diferentes posibilidades de cumplimiento de la prestación por parte del asegurador:

a) pago y reparación o reposición del objeto siniestrado.

Incluye tanto la forma más común de cumplimiento de la prestación por parte del asegurador que es mediante pago de una determinada suma de dinero como la denominada restitución "in natura".

b) pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

Nace también la mora del asegurador cuando éste no anticipa en los 40 días siguientes al siniestro el importe de lo que pueda deber "*según las circunstancias por él conocidas*", según establece el artículo 18 LCS, cuyo contenido es de imprescindible conocimiento para la adecuada comprensión de esta mención legal.

2 Trascurso de un determinado lapso temporal sin que se haya producido el cumplimiento de la obligación. Número 3 del artículo 20.

El legislador desea que el asegurador cumpla con su obligación en el menor plazo posible y por ello excita su celo estableciendo unos lapsos temporales que se configuran como presupuestos necesarios para el nacimiento de la mora del asegurador. Éste debe cumplir con la prestación al finalizar la liquidación del siniestro, pero consciente el legislador de que dicha liquidación puede prolongarse en el tiempo, fija unos plazos máximos para el pago a cuenta y la satisfacción total.

Así viene regulado en el artículo 18 LCS, el cual impone al asegurador la obligación de satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños. Ello quiere decir que una vez terminadas las investigaciones necesarias la deuda será líquida y exigible, optando el legislador por acotar un plazo breve para que la determinación del daño se haga de forma rápida. En el mismo artículo se contempla la posibilidad antes apuntada de que se proceda al anticipo en los cuarenta días siguientes al siniestro de lo que el asegurador según las circunstancias que conozca en ese momento pueda deber.

La existencia de un doble plazo (3 meses y 40 días) entiendo se debe a la contemplación normativa de dos situaciones distintas: una primera en la que el importe de la indemnización es líquido dentro de los tres meses desde el siniestro y otra segunda en la que no es así. Para este segundo caso, se exige igualmente al asegurador una actuación diligente consistente en el adelanto de la cantidad que pueda entender debida en atención a las circunstancias que él conozca a fin de que no pueda ser la iliquidez de la deuda causa de justificación de su impago.

El plazo de tres meses ha de contarse de fecha a fecha y desde que ocurre el siniestro. Cuando el acaecimiento del siniestro se prolonga durante varios días, será el último de ellos el día inicial del cómputo de los tres meses. Sólo en los casos regulados por el número 6 del artículo 20, que trataremos posteriormente, deja la fecha de siniestro de ser la del inicio del cómputo.

Para los casos en que la prestación del asegurador sea un resarcimiento "in natura", no nace la mora de éste cuando se ha iniciado la prestación dentro de los tres meses aunque el total cumplimiento de la misma vaya a prolongarse en el tiempo más allá de ese lapso temporal (pensemos en la reconstrucción de un edificio destruido por el fuego).

Igualmente es necesario hacer referencia a la importante novedad que ha supuesto la entrada en vigor de la Ley 21/2007, de 11 de julio (Ley de Responsabilidad Civil y seguro en la circulación de vehículos a motor) y todo el sistema de oferta y respuesta motivada que la mismo contiene en su artículo 7, pues establece un régimen especial respecto del régimen especial que de por sí supone el artículo 20 LCS, cuya articulación está siendo ampliamente discutida en círculos doctrinales.

3. Que el retraso en el cumplimiento de su obligación por parte del asegurador sea culpable, es decir, que no exista causa justificada o la mora le fuere imputable. Número 8 del artículo 20.

Mucho se ha discutido al respecto, pero creo que lo mejor, más que reproducir las discusiones casi bizantinas que durante lustros llevamos con este tema, es reflejar la última jurisprudencia del Supremo constituida, por ejemplo, por la Sentencia de 10/10/2008, Ponente, Sr. Almagro Nosete (Nº recurso 1445/03).

Esta sentencia habla de la necesidad de verificar en cada caso "la razonabilidad de la postura del asegurador resistente o renuente al pago", que entiende concurre cuando "se discute la existencia del siniestro, sus causas, o la cobertura del seguro, o cuando hay incertidumbre sobre el importe de la indemnización, habiéndose valorado los elementos de razonabilidad en el proceso mismo, en los casos en que la oposición se declara al menos parcialmente ajustada a Derecho, cuando es necesaria la determinación judicial ante la discrepancia de las partes, o cuando se reclama una indemnización notablemente exagerada (sentencia de 21 de diciembre de 2007)". En cualquier otro supuesto el impago produce mora. Afirma de camino que hay que modular el "illiquidis non fit mora", porque el derecho a la indemnización nace con el siniestro, y la sentencia no tiene efectos constitutivos, sino declarativos. Añade finalmente que la posible culpa de la víctima concurrente al resultado tampoco es causa que justifique el impago.

[SENTENCIA LEY CONTRATO DE SEGURO\SENTENCIA TS 10.10.08 ARTÍCULO 20.8 LCS.pdf](#)

Efectos de la mora.

1. Determinación de la cuantía de la indemnización por mora. Número 4 del artículo 20 LCS.

El número 10 del artículo 20 excluye la aplicación del artículo 1.108 CC a la hora de la determinación de la indemnización por mora que haya de abonar el asegurador, debiendo determinarse la misma en función de los

criterios establecidos en el propio artículo 20, más señaladamente en el número 4 del mismo, según el cual el interés moratorio consiste en el abono de un interés igual al legal del momento en que se devengue incrementado en un 50%. No obstante, transcurridos dos años desde el siniestro el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

La cuestión es la siguiente: ¿Cómo procedemos a liquidar los intereses en un supuesto concreto en que hayan transcurrido más de dos años desde la producción del siniestro sin pago por parte del asegurador? Existían dos posturas contrapuestas tanto a nivel doctrinal como jurisprudencial, pero la sentencia del Pleno de la Sala 1ª del TS nº 251/07 de fecha 1 de marzo de 2007, ha acabado con tanto debate estableciendo que la forma que entiende correcta de interpretar este precepto es la de aplicar el interés legal incrementado en el 50% durante los dos primeros años de mora, aplicándose el 20% desde el primer día del tercer año de mora en adelante.

[SENTENCIA LEY CONTRATO DE SEGURO\SENTENCIA TS 20.02.07 ARTICULO 20.4 LCS.pdf](#)

Aplicado el tipo de interés sobre la base de cálculo regulada en el número 5 del artículo y que puede estar constituida por el importe de la indemnización debida o del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, en los casos de prestación dineraria o importe líquido de la reparación o reposición del objeto siniestrado, resulta lo que el artículo 20 denomina al inicio de su redacción la "*indemnización de daños y perjuicios*". Ello supone que no cabe compatibilizar el abono de estos intereses con otra indemnización adicional que tenga como base el mismo concepto de retardo del asegurador en el cumplimiento de su obligación. Igualmente, tampoco es posible acumular a los intereses del artículo 20 LCS los previstos en el artículo 576 LEC 2000, debiendo entenderse que la mención al artículo 921.4ª del número 10 del artículo 20 está ahora referida a este precepto.

2. Términos inicial y final del cómputo de intereses. Números 6 y 7 del artículo 20.

2.1. Término inicial o dies a quo. Número 6 del artículo 20.

La significación principal de este número es ratificar la innecesariedad de la liquidez de la deuda como requisito para el inicio del cómputo de intereses, al tomar como término inicial del cómputo la fecha de siniestro y no la fecha en que sucede el hecho que provoca la mora (los 3 meses o 40 días).

Queremos poner especial hincapié en distinguir ambas fechas: una cosa es lo que el número 6 establece como fecha de inicio del cómputo y otra muy distinta lo que el número 3 establece como fecha en que se produce el hecho que provoca la mora. Como vemos en el caso de los intereses del artículo 20 LCS, ambas fechas no coinciden lo que refuerza el carácter penalizador y no simplemente compensatorio del recargo. Con carácter general, la fecha de inicio del cómputo de los

Ya sabemos que la regla general es que el término inicial del cómputo de intereses es al fecha de siniestro. Pero hay dos excepciones a la misma:

Primera excepción. En los casos en que el tomador, asegurado o beneficiario no comunique al asegurador la existencia del siniestro en el plazo fijado en el póliza o, en su defecto, en siete días (plazo del artículo 16 LCS), será término inicial del cómputo la fecha de esa declaración de siniestros.

Segunda excepción. Respecto del tercero perjudicado, dejará de ser término inicial del cómputo la fecha de siniestro cuando el asegurador pruebe que no ha tenido conocimiento del siniestro con carácter previo a la reclamación por acción directa del mismo o de sus herederos. En este caso, el término inicial será la fecha de dicha reclamación.

En ambos casos en el bien entendido de que el hecho generador de la mora seguirá produciéndose transcurridos tres meses o cuarenta días desde la comunicación del siniestro o desde la reclamación por acción directa de los perjudicados.

2.2. Término final o dies ad quem. Número 7 del artículo 20.

Si hay un número especialmente críptico en el artículo 20, sin duda, es este.

De la interpretación conjunta de los números 6 y 7 extraemos las siguientes conclusiones:

En los casos en que el asegurador haya pagado el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas, será término final del cómputo de intereses la fecha de este pago. Los intereses moratorios sobre la cuantía total de la indemnización comenzarían a devengarse en el momento en que ese importe total esté determinado judicial o extrajudicialmente, según opina SÁNCHEZ CALERO.

Cuando haya falta de pago del importe mínimo, los intereses moratorios sobre el importe total de la indemnización se calcularán a partir de los términos iniciales del número 6. El día final del cómputo será aquel en que el asegurador cumpla con su obligación de satisfacer la indemnización mediante pago, reparación o reposición. Es decir, el pago de intereses por el total, absorbe al pago por el mínimo no satisfecho.

3 Su imposición de oficio. Número 4 del artículo 20.

Por el propio tenor literal del citado precepto, no es necesario solicitar expresamente en la demanda el devengo de intereses pero sí resulta preceptivo un pronunciamiento judicial en este sentido.

La mora del Consorcio de Compensación de Seguros. Número 9 del artículo 20.

Debemos distinguir los casos en que el Consorcio actúe como fondo de garantía de aquellos otros en que actúa como asegurador directo.

1. Actúa como fondo de garantía cuando ha de hacer frente a indemnizaciones derivadas de siniestros sin que exista seguro que lo cubra. Son los casos de daños causados por vehículo no asegurado, pro vehículo robado, los daños personales producidos por vehículo desconocido, etc.

En estos supuestos el número 9 establece una especialidad importante respecto del momento en que debe entenderse incurre en mora, pues sólo nace la misma si el Consorcio no procede al pago de la indemnización una vez transcurridos tres meses desde que se le reclame la misma. Nacida la mora, el término inicial del cómputo será la fecha de dicha reclamación. En todo lo demás (cuantía del interés moratorio, cómputo del término final, liberación por causa justificada o que no le fuera imputable, etc) se aplica el Consorcio el artículo 20 íntegramente.

2. También el Consorcio puede actuar como asegurador directo, en cuyo caso su régimen jurídico es exactamente el mismo que para el resto de aseguradoras

Art. 21.- *Comunicación por mediadores. Redactado conforme Ley 26/06, de 17 de julio..* **Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán**

los mismos efectos que si la realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Es necesario poner en relación este precepto con lo dispuesto en la Ley 26/06, de 17 de julio, de mediación en seguro y reaseguros privados, la cual regula detallada y separadamente las facultades y obligaciones de los distintos tipos de mediadores.

SECCIÓN IV Duración del contrato y prescripción

Art. 22.- *Duración y prórroga del contrato.* La duración del contrato será determinada en la póliza, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

Lo dispuesto en los párrafos precedentes no será de aplicación en cuanto sea incompatible con la regulación del seguro sobre la vida.

La duración del contrato es la especificada en la póliza. Las partes tienen libertad de pacto siempre que respeten la limitación temporal que establece el artículo.

La posibilidad de prórroga, para que pueda operar, debe ser objeto de específica previsión en el contrato, de tal forma que en el supuesto de que en la póliza no se haya previsto semejante posibilidad, ha de entenderse que el contrato queda extinguido al cumplimiento del término concebido, sin perjuicio de la formalización de un nuevo contrato sobre el mismo objeto y con las mismas partes, supuesto éste distinto del de la mera prórroga. Con lo que el contrato para el que no se haya previsto la prórroga habrá de considerarse extinguido al tiempo de su vencimiento.

Respecto de la denuncia no existe obstáculo alguno para admitir la validez y eficacia de la notificación resolutoria oralmente verificada, siempre que, al ser una declaración de voluntad recepticia, fuera conocida en tiempo por la aseguradora.

Art. 23.- Prescripción. Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco si el seguro es de personas.-

Para la adecuada interpretación de este precepto, hemos de acudir a algunos de la legislación común. Así, al Art. 1.969 del C.c. "*El tiempo para la prescripción de toda clase de acciones, cuando no haya disposición especial que otra cosa determine, se contará desde el día en que pudieron ejercitarse*" o al 1973 CC en lo concerniente a la posibilidad de que la prescripción se interrumpa "*por su ejercicio ante los Tribunales, por reclamación extrajudicial del acreedor y por cualquier acto de reconocimiento de la deuda por el deudor*".

Se consideran incluidas dentro del plazo del precepto todas las acciones que deriven del contrato de seguro, incluso el cobro de las primas por parte del asegurador.

Art. 24.- Competencia judicial territorial. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.-

El fin del precepto es proteger al asegurado ya que siendo los contratos de seguro, contratos de adhesión, sería fácil centralizar todas las reclamaciones en una ciudad, lo que perjudicaría al asegurado que no reside en la misma pues le resulta siempre más gravoso mantener, interponer u oponerse a un procedimiento fuera de su ciudad ; por ello el legislador excluye incluso la posibilidad de pacto en ese sentido. Es frecuente que grandes compañías o entidades financieras incluyan cláusulas de sometimiento a los Tribunales de Madrid o Barcelona, lo que llevaría a una indefensión a un particular que resida fuera de esas ciudades, pues nada más que "buscar" letrado o poner en su conocimiento la problemática le acarrearía gastos y molestias.

Si existe divergencia de domicilios entre el tomador y el asegurado, habremos de estar al fijado en la póliza de conformidad al nº 1 del Art. 8 de esta Ley y sobre qué se entiende como domicilio reiteramos el Art. 40 del C.c. (ya recogido).

BIBLIOGRAFIA.-

LA RESPONSABILIDAD CIVIL Y SU SEGURO. Juan Perán Ortega.
SISTEMA SEGUROS. Normativa actualizada, concordada y referenciada. La Ley Editorial.

COMENTARIOS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGUROS. Fernando Sánchez Calero.

LA MORA DEL ASEGURADOR DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE CIRCULACION DE VEHICULOS A MOTOR : LA CULPA DEL ASEGURADOR Y LA CONSIGNACION . Francisco Romero Román.

LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO EN LA JURISPRUDENCIA Y EN LA DOCTRINA JUDICIAL. Fernando Luis Blanco Giraldo.

ACTIVIDAD ASEGURADORA Y CONTRATO DE SEGURO. Nicolás Martí Sánchez.

EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS. Rodolfo Soto Vázquez.