

APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA REGULACIÓN NORMATIVA DEL SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

Gregorio Martínez Tello.

A. REGULACIÓN NORMATIVA

La regulación normativa de los seguros de personas está en el Título III de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, LCS), el cual comprende los artículos 80 a 106. Dicho título III está dividido en cuatro secciones:

- sección primera: disposiciones comunes (arts. 80 a 82).
- sección segunda: seguro sobre la vida (arts. 83 a 99).
- sección tercera: seguro de accidentes (arts. 100 a 104).
- sección cuarta: seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria (arts. 105 y 106).

La técnica legislativa elegida ha sido la de regular pormenorizadamente una de las modalidades de los seguros sobre personas, concretamente la del seguro sobre la vida y luego realizar respecto de las otras dos modalidades remisiones parciales o condicionadas a la regulación sobre el seguro de vida. Así el artículo 100.2 contiene dicha remisión respecto de los seguros de accidentes y el 106 hace lo mismo respecto de los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria aunque en este caso la remisión a los seguros de vida es por vía interpuesta puesto que textualmente remite a la normativa sobre seguro de accidente, la cual, como ya hemos visto, a su vez se remite a la de los seguros sobre la vida.

Igualmente debemos destacar la normativa sobre ordenación y supervisión de seguros privados, tanto de la de rango legal (RDL 6/04) como reglamentario (RD 2486/98) al contener diversos preceptos en caminados a la supervisión de la actividad aseguradora en este tipo de seguros.

B. DISPOSICIONES COMUNES A LOS SEGUROS SOBRE PERSONAS.

El artículo 80 LCS dice:

"El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado".

Por tanto, los seguros sobre personas incluyen diversas modalidades de aseguramiento que se caracterizan porque el riesgo asegurado va a afectar a intereses que recaen directamente sobre las personas.

En palabras de SÁNCHEZ CALERO, "el interés asegurado recae precisamente sobre la persona entendida ésta como bien o, si se quiere, como cosa susceptible de valoración económica"(1. SÁNCHEZ CALERO,

Fernando: Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/80 de 8 de octubre y a sus modificaciones. Aranzadi. 1999. pág: 1442).

Características generales.

1. En los seguros de personas también existe un riesgo asegurado y es necesario el requisito de aleatoriedad en la verificación del evento (art. 1 LCS). Pero el legislador ha optado por no realizar una relación exhaustiva de los posibles riesgos a asegurar, optando por una redacción explicativa, abierta (todos los que afecten a existencia, integridad física o salud)

2. Si el interés es la relación susceptible de valoración económica ente un sujeto y un bien, en este caso ese bien, ha de ser una persona. El titular del interés puede ser persona distinta a aquella sobre la que recae el riesgo.

3. en el contrato debe determinarse la cantidad o prestación a abonar por el asegurador para el caso de ocurrencia del evento asegurado. Esta regla general puede tener excepciones relacionadas con prestaciones pactadas cuya concreción económica no puede realizarse de forma apriorística, sino que su cuantía depende de la valoración del daño en el momento del siniestro.

Elementos personales del seguro sobre la vida.

Ya vimos al principio del tema las modalidades básicas del seguro sobre la vida. Nos centraremos ahora en los elementos personales que encontramos en este tipo de seguros:

1. Asegurador --- puede parecer una afirmación de perogrullo pero su mención nos permite destacar dos aspectos:
 - a) la necesidad de una específica autorización administrativa para que las entidades aseguradoras puedan contratar este tipo de seguros (art. 7 RDL 6/04).
 - b) Distinguir los contratos de seguro sobre la vida de modalidades similares desde el punto de vista de la capitalización pero en las cuales no existe aseguradora como parte contratante.
2. Tomador --- quien suscribe la póliza de seguro y se obliga al pago de la prima. El tomador puede o no coincidir con la figura del asegurado.
3. Asegurado --- es el titular del interés objeto de aseguramiento y sobre cuya persona incide el riesgo asegurado.
4. Beneficiario --- persona designada por el tomador quien puede exigir válidamente la prestación en caso de que el siniestro ocurra.

Modalidades de seguros de personas.

Nada mejor que acudir a la regulación contenida en el RDL 6/04 de 29 de octubre, que aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Concretamente su artículo 6 es de gran importancia al respecto. A la hora de clasificar los distintos ramos de seguro, distingue los seguros integrantes del ramo de vida (art. 6.2) del resto (6.1). Dentro de ese resto hay seguros sobre personas como son el seguro de accidentes (ramo 1), enfermedad (ramo 2), asistencia (ramo 18) y decesos (ramo 19). A su vez el ramo de vida comprende diferentes tipos de seguro, de tal manera que podríamos hacer esta clasificación:

1. Ramo de vida.

A) Seguros de vida:

a) seguros para caso de muerte:

- seguro de vida entera --- el asegurador cumple su prestación cualquiera que sea el momento del fallecimiento.
- Seguro de vida temporal --- el asegurador sólo abona la prestación pactada si el fallecimiento se produce durante el lapso temporal contractualmente establecido.

b) seguros de supervivencia --- el riesgo es que el asegurado sobreviva a determinada edad, momento en el que el asegurador pagará la prestación pactada.

c) Seguros mixtos --- se asegura la muerte durante determinado lapso temporal y la supervivencia a partir de dicha edad.

B) Operaciones de capitalización definidas en el artículo 3.1.b del RDL 6/04.

C) Gestión de fondos colectivos de jubilación. Se excluyen expresamente la gestión de los planes de pensiones regulados en el RDL 1/02.

(A estos efectos quizá sea necesario hacer una precisión terminológica. Los planes de pensiones son técnicamente muy semejantes a los fondos colectivos de jubilación, pero desde el punto de vista jurídico, un plan de pensiones no es un contrato de seguro y no lo es por dos razones fundamentales (siguiendo a SÁNCHEZ CALERO):

1º. En los planes de pensiones no se precisa la presencia de un asegurador que es uno de los requisitos que exige el artículo 1 LCS para que estemos ante un contrato de seguro.

2º. El plan de pensiones no es una simple modalidad de capitalización o ahorro porque en la capitalización de las aportaciones incide el riesgo demográfico, ya que es condicionante de la cuantía final de la prestación los riesgos que afectan al colectivo integrante del plan.)

B) Otros ramos de seguro sobre las personas regulados en el artículo 6.1:

- a) Accidentes
- b) Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria y la dependencia)
- c) Asistencia a las personas que se encuentren en dificultades durante desplazamientos o ausencias de su domicilio o de su lugar de residencia permanente. Comprenderá también la asistencia a las personas que se encuentren en dificultades en circunstancias distintas, determinadas reglamentariamente, siempre que no sean objeto de cobertura en otros ramos de seguro.
- d) Decesos. Incluye operaciones de seguro que garanticen únicamente prestaciones en caso de muerte, cuando esas prestaciones se satisfagan en especie o cuando su importe no exceda del valor medio de los gastos funerarios por un fallecimiento.

El artículo 81 de la LCS dice:

"El contrato puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse."

Antes de entrar en el estudio del seguro colectivo o de grupos y como quiera que la mención inicial de este precepto habla de la celebración del contrato, entiendo que es de mucho interés hacer especial mención a la importancia de la declaración del riesgo a realizar por el tomador y/o asegurado en los momentos inmediatamente anteriores a la perfección del contrato de seguro. Y debemos hacerlo poniendo el tema en relación con los artículos 4 y 10 LCS.

Debe destacarse también que completa la regulación de los seguros colectivos o de grupo en especial en todo lo concerniente a la vigilancia de la actividad aseguradora el artículo 106 del RD 2486/98, de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Características principales del seguro de grupo:

1. Mediante un único contrato de seguro se realiza el aseguramiento de un grupo de personas. Nacen así tantas relaciones aseguradoras como miembros tenga el grupo.
2. Las personas que forman parte del grupo asegurado han de tener en común alguna característica que no sea el mero propósito de asegurarse juntos.
3. El tomador de seguro actúa por cuenta ajena, puesto que concurre al contrato en interés de las personas que forman parte del grupo, que

serán las aseguradas y no en interés propio. Esto es importante de cara a la asunción de las cláusulas limitativas del artículo 3 LCS.

4. El contrato de seguro es único pero da lugar a una pluralidad de relaciones aseguradoras, lo cual puede tener importantes efectos en distintos aspectos:

- a) efectos temporales del contrato de seguro: no tiene por qué coincidir la duración del contrato con la de cada una de esas relaciones aseguradoras individuales. Pueden acceder a la póliza asegurados que inicialmente no estaban o cesar los efectos del contrato respecto de determinados asegurados prolongando aquél sus efectos. La delimitación temporal del riesgo debe hacerse individualizadamente para cada una de las relaciones aseguradoras.
- b) Efectos de incumplimientos de deberes individuales no afectan a la totalidad del contrato (p.ej.: reserva u ocultación en la declaración de riesgo).

Los seguros de grupo han alcanzado un extraordinario auge en relación con las obligaciones asumidas por empresarios en orden a mejorar a sus trabajadores las prestaciones de Seguridad Social.

El artículo 82 de la LCS dice:

"En los seguros de personas el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo anterior lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria."

Este artículo establece para los seguros de personas una conclusión distinta de la que el artículo 43 de la misma ley establece para los seguros de daños.

Por su ubicación sistemática los efectos de este precepto se extienden a todas las modalidades de los seguros de personas.

Lo importante en este artículo es calibrar la extensión de la excepción que plantea. Dentro del concepto de "gastos de asistencia sanitaria" habremos de incluir no sólo el importe de la cantidad que el asegurado reciba de la aseguradora para resarcirse del coste de la asistencia sanitaria sino también los gastos que el aseguradora ha de asumir al prestar directamente la citada asistencia.

C. SEGURO SOBRE LA VIDA

La LCS no contiene una definición del seguro de vida. Sí lo tiene del seguro de daños o del propio seguro de accidentes, pero no de éste. Lo que sí

remarca sobremanera en el párrafo primero del artículo 83 LCS es que el riesgo de esta modalidad de seguro es la vida humana, ya sea el final de la misma o su continuidad por encima de determinado límite.

Nosotros podríamos decir que por el seguro de vida el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites legales y contractuales, a satisfacer al beneficiario un capital u otras prestaciones para caso de muerte, supervivencia del asegurado o ambos eventos conjuntamente.

El artículo 83 LCS. Seguro sobre la vida.

Por el seguro de vida el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente.

El seguro sobre la vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia o ambos conjuntamente, así como sobre una o varias cabezas.

Son seguros sobre la vida aquellos en que, cumpliendo lo establecido en los párrafos anteriores, la prestación convenida en la póliza ha sido determinada por el asegurador mediante la utilización de criterios y bases de técnica actuarial.

En los seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

A los efectos de lo indicado en el artículo 4, en los seguros sobre la vida se entiende que existe riesgo si en el momento de la contratación no se ha producido el evento objeto de la cobertura otorgada en la póliza.

Si el asegurado es menor de edad, será necesaria, además la autorización por escrito de sus representantes legales.

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados. Se exceptúan de esta prohibición, los contratos de seguros en los que la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la prima satisfecha por la póliza o al valor de rescate.

Es un precepto que incide sobre los riesgos asegurables y sobre algunos de los elementos personales del contrato, estableciendo condiciones y prohibiciones para el aseguramiento de menores de edad e incapacitados con un evidente ánimo protector de sus intereses. La comprensión de estos preceptos debe realizarse conjuntamente con los preceptos que el Código Civil dedica a la regulación de la capacidad de obrar.

La Ley hace especial hincapié en la conceptualización de este seguro como un seguro de sumas, en contraposición al seguro de daños. Esto quiere decir que la prestación del asegurador consiste en el pago de una determinada suma de dinero previamente fijada en el contrato, por lo que

ni es necesario que se calcula mediante su referencia a un daño necesita inferirse directamente a un daño ni necesita ser probada.

El artículo 83 a. Facultad unilateral de resolución.

1. El tomador del seguro en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses que haya estipulado el contrato sobre la vida propia o la de un tercero tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional.

Se exceptúan de esta facultad unilateral de resolución los contratos de seguro en los que el tomador asume el riesgo de la inversión, así como los contratos en los que la rentabilidad garantizada esté en función de inversiones asignadas en los mismos.

2. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá expedirse por el tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado anterior.

3. A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. El asegurador dispondrá para ello de un plazo de 30 días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

Este artículo fue introducido por la **Ley 34/2003, de 4 de noviembre**. Regula el derecho de resolución unilateral o desistimiento inicial del tomador del seguro aunque limitado a los contratos individuales de duración superior a seis meses.

Para poder realizar este desistimiento unilateral se precisan los siguientes requisitos:

- 1º. El tomador no necesita alegar causa justificada alguna para ejercitar esta facultad.
- 2º. El plazo de ejercicio es el de 30 días a partir de la recepción de la póliza o documento de cobertura provisional.
- 3º. Esta facultad deberá ejercitarse por escrito y ser comunicada al asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para ésta y que permita dejar constancia de la notificación.

4º. Surtirá efectos desde el momento de su expedición, de modo que, a partir de esa fecha, cesará la cobertura del seguro y el tomador tendrá derecho a la devolución de la prima pagada en la parte correspondiente al riesgo no corrido, esto es, excluida la parte relativa al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

Es necesario destacar que el legislador en el año 2003 introdujo en el artículo 6 bis de esta misma ley una facultad similar pero referida a los seguros de daños.

Artículo 84. El beneficiario.

El tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del asegurador.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento.

Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del tomador.

La designación de beneficiario es la declaración unilateral del tomador por la cual pone en conocimiento del asegurador la persona a quien debe abonarse la suma asegurada una vez el siniestro tenga lugar.

Las formas legales de designación serían tres:

- Designación en póliza: la más frecuente y la más diáfana de cara a eliminar problemas para que el asegurador pague su prestación.
- Declaración escrita posterior. El adverbio «posterior» hace referencia a la previa existencia de un contrato de seguro, ya sin designación, ya con una designación que se desea modificar. Imprescindible para que surta efectos que esta designación revista forma escrita y se notifique al asegurador con carácter recepticio.
- Testamento. La designación del beneficiario a través de testamento tiene una importante peculiaridad: la falta de comunicación al asegurador. Sin embargo, ello no afecta a su validez.

Es importante igualmente estudiar en relación con este precepto los supuestos de premoriencia y de conmoriencia del beneficiario.

La cuestión es si producida la premortencia del beneficiario respecto del tomador la suma asegurada debe ir a parar a manos de los herederos del beneficiario premuerto. Dos teorías al respecto:

1. el beneficiario es sólo titular de una expectativa que carece de contenido patrimonial alguno por lo que no forma parte de su patrimonio ni se transmite a sus herederos.
2. si el tomador no ha realizado una revocación expresa, no estamos ante una expectativa sino ante un derecho sometido a condición transmisible a los herederos del beneficiario premuerto.

Cuestión distinta es la conmoriencia del beneficiario y del asegurado. Se trata del caso de la muerte simultánea de ambos, de forma que no se puede averiguar quien ha muerto primero. Se aplicaría la solución del artículo 33 CC, según la cual si no se puede probar quién ha muerto primero se presumen muertos al mismo tiempo y no tiene lugar la transmisión de derechos de uno a otro. En consecuencia, el beneficiario seguirá siendo titular del derecho al capital asegurado transmitiendo a sus herederos su derecho de crédito contra el asegurador.

Artículo 85. Reglas para la determinación del beneficiario.

En caso de designación genérica de los hijos de una persona como beneficiarios, se entenderán como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia. Si la designación se hace en favor de los herederos del tomador, del asegurado o de otra persona, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado. Si la designación se hace en favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los del tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado. La designación del cónyuge como beneficiario atribuirá tal condición igualmente al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado. Los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.

Artículo aplicable a todo tipo de seguros de vida (no sólo para caso de muerte).

Sirve este precepto para todos aquellos casos en que la designación del beneficiario ha sido genérica y pretende dar unas reglas de interpretación que consigan determinar la persona o personas en quienes debe recaer la condición de beneficiario al momento del abono de la prestación. Estos criterios de interpretación deben complementarse con los artículos 1281 y siguientes del CC (interpretación de los contratos) y 675 del mismo cuerpo legal (interpretación de testamentos) que pudieran ser aplicables por vía analógica, aunque siempre con carácter supletorio a los establecidos en el artículo 85LCS.

Debemos destacar el carácter imperativo de este artículo, lo cual significa que serían nulas todas las cláusulas contractuales que pretendieran dar validez a pactos que contradijeran los criterios de solución ofrecidos por el legislador. Dichos criterios son los más habitualmente utilizados en la práctica pero es dable a las partes establecer mediante pacto criterios que sin contradecir a los anteriores puedan complementarlos.

Artículo 86. La pluralidad de beneficiarios.

Si la designación se hace en favor de varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

Artículo aplicable a todo tipo de seguros de vida (no sólo para caso de muerte).

Nos encontramos ante un precepto que contempla tres supuestos de hecho diferentes:

- 1º. Designación hecha en favor de varios beneficiarios.
- 2º. Designación hecha en favor de varios herederos
- 3º. No adquisición por un beneficiario de su parte cuando la designación lo fue a favor de varios beneficiarios.

Las consecuencias para cada una de estas situaciones son:

- 1º. Reparto a partes iguales, salvo pacto en contrario.
- 2º. Reparto en proporción a la cuota hereditaria.
- 3º. Establecimiento de un derecho de acrecer para el resto de beneficiarios.

- 1º. En el caso de designación realizada a favor de los herederos, la no aceptación de la herencia no debe perjudicar a la condición de beneficiario.
- 2º. El derecho de acrecer entre cobeneficiarios hace referencia a una típica institución de carácter sucesorio, regulada en los artículos 981 y ss del Código Civil, a los cuales habremos de remitirnos por analogía para regular este derecho

A la hora de determinar las condiciones necesarias para que proceda el derecho de acrecer, debemos proceder a una aplicación analógica del artículo 982CC. De esta manera, será necesario:

1º. Que haya una designación conjunta y solidaria de beneficiarios sin expresa atribución de partes. Si hubiera atribución de partes, la cuota no adquirida no acrecería al resto de cobeneficiarios sino que pasaría a formar parte del patrimonio del tomador, salvo supuesto de no aceptación por parte del beneficiario en cuyo caso se extingue la obligación prestacional del asegurador en esa parte.

2º. Que el cobeneficiario no llegue a obtener su derecho. Las causas para ello son las establecidas en el artículo 982 CC:

- a) muerte
- b) renuncia
- c) incapacidad

Artículo 87. La revocación del beneficiario.

El tomador del seguro puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

El tomador perderá los derechos de rescate, anticipo, reducción y pignoración de la póliza si renuncia a la facultad de revocación.

Es una declaración de voluntad emitida por el tomador del seguro que deja sin efecto la designación de beneficiario realizada anteriormente. Normalmente la designación irá acompañada de una nueva designación aunque es posible que a la revocación no siga una nueva designación. En este caso, si se produce el siniestro, el capital asegurado pasará a formar parte del patrimonio del tomador

Se ha calificado este derecho de revocación como un derecho subjetivo potestativo (su ejercicio depende de la sola voluntad de su titular), reiterado (porque puede ser ejercitado más de una vez), duradero (porque sólo se extingue cuando lo hace el contrato de seguro) y personalísimo (no transmisible ni inter vivos ni mortis causa).

El derecho de revocación debe constar por escrito y ser comunicada al asegurador. Goza de validez la realizada en testamento.

Junto a la revocación expresa puede aparecer también la llamada revocación tácita, la cual deviene de lo regulado en el artículo 87.2, interpretado a sensu contrario. El ejercicio por el tomador de cualquiera de los derechos enumerados en el citado precepto supondrá una revocación tácita, total o parcial, de la designación de beneficiario.

Sin embargo, si el tomador renuncia expresamente a la facultad de revocación pierde los derechos de rescate, reducción, etc. La renuncia se

configura también con carácter unilateral y sin necesidad, por tanto, ni de aceptación por parte del beneficiario ni de la intervención del asegurador.

Artículo 88. El derecho propio del beneficiario y sus límites.

La prestación del asegurador deberá ser entregada al beneficiario, en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador del seguro. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al beneficiario el reembolso del importe de las primas abonadas por el contratante en fraude de sus derechos.

Cuando el tomador del seguro sea declarado en concurso o quiebra, los órganos de representación de los acreedores podrán exigir al asegurador la reducción del seguro.

El derecho del beneficiario a obtener la prestación del asegurador cuando ocurre el siniestro es un derecho propio que nace del contrato de seguro y que supone que la suma asegurada pasa directamente de patrimonio del asegurador al patrimonio del beneficiario sin pasar en ningún momento por el patrimonio del tomador. Otra cosa distinta es lo que sucede con las primas que el tomador ha venido abonando durante la vigencia del contrato pues las mismas sí que salen directamente de su patrimonio y han producido un empobrecimiento del mismo que se traduce a posteriori en un enriquecimiento del beneficiario pudiendo calificarse a estas primas como auténticas donaciones del tomador al beneficiario.

Reclamaciones de herederos forzosos.

Los presupuestos para su aplicación del precepto son:

- 1º) Que se trate de un seguro de vida para caso de muerte
- 2º) Que coincidan en una sola persona las cualidades de tomador y asegurado
- 3º) Que haya herederos forzosos.

La reclamación que puedan hacer los herederos forzosos al beneficiario respecto de las primas abonadas debe articularse conforme a los institutos de la colación (1035 y ss del CC- cuando el beneficiario sea también heredero forzoso) o la reducción de donaciones (636CC- cuando no lo sea).

Como quiera que la posición jurídica del beneficiario es independiente de la que tiene el tomador, goza aquel de inmunidad frente a las reclamaciones de los acreedores del tomador, salvo en lo concerniente a aquellas cantidades procedentes directamente del patrimonio del tomador (primas).

Reclamaciones de los acreedores.

Cuando se produce el siniestro (fallecimiento del asegurado-tomador) éste puede tener acreedores que quieran ver satisfechos sus créditos. En estos casos, dichos acreedores pueden ejercitar acciones sobre la masa hereditaria. Sólo cuando la herencia se acepta a beneficio de inventario o cuando en el patrimonio del heredero no hay bienes suficientes para satisfacer los créditos, puede el acreedor acudir al derecho de reembolso que le concede el artículo 88.1. Se trata, por lo tanto, de una acción de carácter subsidiario que sólo podrá utilizarse cuando los acreedores del tomador no puedan cobrar de otra forma sus créditos.

Protección del beneficiario en las situaciones de insolvencia del tomador del seguro. El párrafo 2º del art. 88 LCS.

Se aplica el segundo párrafo del artículo 88 a cualquier contrato de seguro de vida pero es inaplicable al resto de seguros de personas.

El legislador contempla la posibilidad de reducción del seguro, lo que se traduce en el impago de los recibos de primas a partir de la declaración judicial de quiebra o concurso. El ejercicio de la reducción traerá consigo la reducción de la suma asegurada a percibir por el beneficiario una vez ocurra el siniestro. Sin embargo, por aplicación del artículo 95LCS la póliza puede ser rehabilitada bien porque el propio beneficiario se hace cargo del abono de las primas, bien porque el tomador, superada la situación de concurso o insolvencia así lo haga.

Artículo 89. El riesgo en el seguro de vida.

En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo.

Se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del asegurado, que se regula en el artículo siguiente.

Una de las más importantes peculiaridades de este tipo de seguros es la enorme relevancia que adquiere la declaración del riesgo por parte del tomador, concretada en la existencia de los cuestionarios de salud. Se supone que nadie mejor que uno mismo para conocer los pormenores y pormayores del propio cuerpo, de la salud presente y pasada, de las afectaciones, afecciones, patologías, sufridas o de la ausencia de ellas.

Necesariamente este precepto debe ser puesto en relación con el artículo 10 del mismo cuerpo legal. No de otra manera puede interpretarse esa remisión a las "disposiciones generales de esta ley". El artículo 89 es norma especial frente al artículo 10 y, por tanto, tiene aplicación preferente (STS 12-11- 1987 - RAJ 1987/8376);

Esta norma se aplica a los seguro sobre la muerte y a los mixtos. En los casos de seguro de vida para la supervivencia lo importante es conocer la edad del asegurado pero su estado de salud es irrelevante. Tampoco es de aplicación analógica a otros seguros de personas como el seguro de accidentes (a pesar de que lo contrario es sostenido por la STS 1-2-1991 - RAJ 1991/696- porque para este tipo de seguros ya está el artículo 10 y porque la verdadera especialidad del artículo 89 (la inimpugnabilidad del contrato) no es predicable respecto del seguro citado.

La declaración del riesgo adquiere particular relevancia en el seguro para caso de muerte. Por ello suele convertirse en una minuciosa declaración que incide sobre todo lo relativo al estado de salud del asegurado.

En la solicitud del seguro que proporciona el asegurador se especifican todos los datos que éste requiere para poder evaluar adecuadamente el riesgo y emitir la póliza. La solicitud del seguro deberá ir firmada por el tomador y, pese al silencio legal, por el asegurado cuando sea persona distinta. El asegurador pregunta al tomador y asegurado por diferentes circunstancias (edad, estado, actividad habitual, etc) pero, sin duda, lo más importante son las preguntas relacionadas con la salud del asegurado, las cuales constan en el cuestionario o declaración de salud, documento éste de gran importancia de cara a una adecuada valoración del riesgo, por lo que es exigible al asegurado que, al realizar sus respuestas se atenga a criterios de exactitud y veracidad

Corresponde al asegurador, ex art. 10 LCS, la iniciativa. Esto quiere decir que el asegurado o tomador sólo tiene obligación de responder a lo que se le pregunta y sólo si se le pregunta. En ocasiones, cuando la suma asegurada es de cierta importancia o cuando el asegurado supera determinada edad, las aseguradoras, además de someter al tomador o asegurado a cuestionario de salud, le efectúa un reconocimiento médico.

Si transcurre un año desde el inicio de los efectos de la póliza (o plazo menor establecido contractualmente) el asegurador no podrá impugnar el contrato basándose en una pretendida reticencia o inexactitud, salvo los supuestos de dolo (curiosamente no los de culpa grave, que tendrán efectos jurídicos absolutamente opuestos según se aplique el artículo 10 o el 89). O lo que es lo mismo, el contrato no podrá rescindirse ni modificarse unilateralmente por el asegurador. Sin embargo, si no ha llegado a transcurrir ese plazo, deberán aplicarse las consecuencias jurídicas establecidas en el artículo 10.

Artículo 90. La indicación inexacta de la edad del asegurado.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

De la normativa del artículo 89 se excluyen en su último párrafo las declaraciones inexactas de la edad del asegurado, cuestión ésta que recibe un tratamiento especial.

Si comparamos los artículos 10 y 90 vemos que ambos parten de inexactitudes en la declaración de riesgo que producen un desequilibrio en las prestaciones recíprocas de las partes. La diferencia entre ambos preceptos es que el artículo 10 parte de que la inexactitud proviene de una declaración del asegurado o tomador, mientras que el 90 parte de una inexactitud que es simple constatación errónea de un dato objetivo, cualquier que sea la causa del error.

Pero los preceptos realmente semejantes al artículo 90 son los artículos 11 a 13, que contienen la normativa sobre agravación y disminución del riesgo.

Artículo 91. Riesgos excluidos en el seguro de vida.

En el seguro para caso de muerte el asegurador sólo se libera de su obligación si el fallecimiento del asegurado tiene lugar por alguna de las circunstancias expresamente excluidas en la póliza.

Serán aplicables a este precepto la normativa sobre clausulado contractual establecida en el artículo 3 LCS y la jurisprudencia existente sobre la distinción entre cláusulas delimitativas del riesgo y cláusulas limitativas.

En el caso de que el asegurador se vea liberado de su obligación, ¿qué ocurre con las primas satisfechas? ¿Debe devolverlas el asegurador? La respuesta debe ser afirmativa pues difícil justificación tendría la retención por parte del asegurador de las mismas.

Artículo 92. El siniestro en el seguro de vida.

La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador.

Está claro que el legislador no quiere que la contratación de este tipo de seguros pueda ser un acicate para la comisión de delitos.

Cuando el seguro se contrata sobre la propia vida, está claro que quien corre con el riesgo es el tomador-asegurado. Cuando se contrata sobre persona ajena y hay disociación de las personas del tomador y del asegurado, debemos entender que el artículo 92 es aplicable tanto a tomador como a asegurado.

Respecto al sujeto que provoca la muerte, aunque el artículo sólo menciona al beneficiario, en los seguro sobre la vida ajena debe entenderse también incluido el propio tomador porque en aplicación del artículo 84, él se convertiría en beneficiario al recibir la suma asegurada.

La muerte debe haber sido causada por dolo y deben incluirse también los supuestos en que el beneficiario no es el autor material del delito, pero es inductor o cómplice.

Artículo 93. El suicidio del asegurado.

Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado.

Precepto éste cuanto menos extraño. Permitidme que lo califique así porque su tenor parece caminar en contra no sólo de la propia esencia del contrato de seguro donde el principio de buena fe hace que interés de ambos contratantes sea que el siniestro no se produzca nunca, sino también contra lo que otro precepto de la misma ley establece con carácter general para todo tipo de seguros (art. 19).

Si se produce el suicidio en el plazo establecido legalmente o en el más reducido pactado en póliza, el asegurador deberá satisfacer la suma asegurada al beneficiario designado. Si por el contrario se produce el suicidio antes de la finalización de los citados plazos el asegurador queda

liberado de la obligación de satisfacer la suma asegurada, pudiendo retener las primas satisfechas.

Artículo 94. La prestación del asegurador.

En la póliza de seguro se regularán los derechos de rescate y reducción de la suma asegurada, de modo que el asegurado pueda conocer en todo momento el correspondiente valor de rescate o de reducción.

Comienzan desde este artículo a regularse unos institutos propios de estos seguros de vida como son la reducción, el rescate y el anticipo. Los tres funcionan sobre la reserva matemática o provisiones de la póliza y se constituyen como derechos de créditos del tomador de seguro frente a la aseguradora en razón de las provisiones propias del funcionamiento del seguro de vida.

El asegurado tiene derecho a una información suficiente, veraz y reflejada en póliza sobre las cantidades garantizadas para los casos de reducción y de rescate de la póliza que se regulan en los dos artículos siguientes.

Artículo 95. Reducción del seguro de vida.

Una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no podrá ser superior a dos años desde la vigencia del contrato, no se aplicará el párrafo 2.º del artículo 15 sobre falta de pago de la prima. A partir de dicho plazo, la falta de pago de la prima producirá la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza.

La reducción del seguro se producirá igualmente cuando lo solicite el tomador, una vez transcurrido aquel plazo.

El tomador tiene derecho a la rehabilitación de la póliza, en cualquier momento, antes del fallecimiento del asegurado, debiendo cumplir para ello las condiciones establecidas en la póliza.

He aquí una de las grandes peculiaridades del seguro de vida si lo comparamos con el seguro de daños. En los seguros de vida los efectos del impago de la prima pactada son distintos, permitiéndose por el legislador un mecanismo denominado "reducción del seguro".

Puede la reducción del seguro actuar de dos formas diferentes:

- forzosa --- cuando se ha producido un impago de prima imputable al tomador
- voluntaria --- cuando el tomador por los motivos que sea quiera acogerse a este derecho. Es una facultad no causal puesto que no precisa de justificación alguna por parte del tomador.

La reducción supone la no extinción de la póliza sino el mantenimiento de su vigor aunque por un capital menor según la tabla de valores de reducción que al efecto insertan o acompañan las pólizas.

Una vez reducido el seguro, el contratante tiene derecho a rehabilitarlo en cualquier momento anterior al fallecimiento del asegurado, debiendo cumplir para ello las condiciones fijadas en la póliza.

Algunas pólizas niegan en su condicionado esta facultad a los tomadores en un cercenamiento que debe considerarse abusivo y nulo de pleno derecho.

Artículo 96. El derecho de rescate.

El tomador que haya pagado las dos primeras anualidades de la prima a la que corresponda el plazo inferior previsto en la póliza podrá ejercitar el derecho de rescate mediante la oportuna solicitud, conforme a las tablas de valores fijadas en la póliza.

A diferencia de la reducción, el rescate es un derecho del tomador que se ejercita unilateralmente por éste y sin necesidad de consentimiento de la compañía de seguros, quedando obligada ésta a satisfacer el valor de rescate reflejado en las tablas de valores fijadas en la póliza.

El ejercicio del derecho de rescate tiene las siguientes notas características:

1. La comunicación debe ser recepticia y sólo produce efectos cuando llegue a conocimiento del asegurador.
2. La facultad de rescatar pertenece exclusivamente al contratante, esto es, al tomador de seguro.
3. El valor de rescate debe estar ya previamente fijado al momento de la solicitud por parte del tomador.
4. El rescate significa la revocación automática de la designación de beneficiario, salvo que el beneficiario hubiese sido designado con carácter irrevocable.

Artículo 97. Anticipos de la prestación.

El asegurador deberá conceder al tomador anticipos sobre la prestación asegurada, conforme a las condiciones fijadas en la póliza, una vez pagadas las anualidades a que se refiere el artículo anterior.

Es el derecho del tomador del seguro a disponer de parte de los recursos satisfechos al asegurador y que permiten a éste obtener unas cantidades de dinero a cuenta de la suma asegurada hasta un alto porcentaje -oscila por lo general entre el 80 o el 90 por 100 del valor de rescate- que corresponda a la póliza en el momento de la solicitud.

Se ha discutido mucho su naturaleza jurídica pero en todo caso no se trata de un préstamo, porque no es obligatoria la devolución del capital por quien lo reciba. Ahora bien, si llegada la fecha prevista no se reembolsa la suma anticipada con el incremento de los intereses pactados, el asegurador procede al rescate de la póliza, pagando al beneficiario el excedente si lo hubiere, sobre la suma anticipada más los intereses. Si el tomador reembolsa la integridad del anticipo éste desaparece, y se recuperan la plenitud de expectativas. Es una alternativa a la reducción y al rescate y el contrato continúa en vigor. Los anticipos se hacen solvendi causa, es decir, son pagos parciales a cuenta de la suma asegurada[664]. Es necesario que la póliza o condicionado reconozca este derecho al tomador y al igual que en el rescate es necesaria la declaración de voluntad del tomador solicitando la concesión del anticipo de la prestación originariamente pactada ab initio.

Artículo 98. Régimen singular de ciertos contratos de seguros de vida.

En los seguros de supervivencia y en los seguros temporales para caso de muerte no será de aplicación lo dispuesto en los artículos 94, 95, 96 y 97. Los aseguradores podrán, no obstante, conceder al tomador los derechos de rescate, reducción y anticipos en los términos que se determinen en el contrato.

El juego natural de la reducción de la póliza está en los seguros para caso de muerte y en los mixtos. Por eso la Ley, en principio, no concede derecho a capital reducido ni en los seguros temporales ni en los de sobrevivencia, exclusión ésta no exenta de durísimas críticas (art. 98 LCS).

Artículo 99. Cesión y pignoración de la póliza de seguro de vida.

El tomador, podrá, en cualquier momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya sido designado beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del beneficiario.

Si la póliza se emite a la orden, la cesión o pignoración se realizarán mediante

endoso.

El tomador deberá comunicar por escrito fehacientemente al asegurador la cesión o pignoración realizada.

A través de la cesión, el tomador o cedente de la póliza transmite al cesionario los derechos dimanantes de la misma.

Por su parte, la prenda o pignoración de la póliza es una operación por virtud de la cual el deudor garantiza el pago de una deuda con la futura indemnización a percibir en aplicación del seguro de vida. En estos casos la póliza se convierte en un instrumento de financiación o crédito sobre todo cuando el deudor no dispone de otros bienes que entregar en garantía.

D. SEGURO DE ACCIDENTES.

Regulación legal del seguro de accidentes.

Artículo 100.

Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Las disposiciones contenidas en los artículos 83 a 86 del seguro de vida y en el párrafo 1.º del artículo 87 son aplicables a los seguros de accidentes.

Artículo 101.

El tomador debe comunicar al asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Artículo 102.

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

Artículo 103.

Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente.

Artículo 104.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme al artículo 38.

Comentarios a la regulación del seguro de accidentes.

A efectos del contrato de seguro el artículo 100 contiene una definición de accidente ligeramente distinta a la que en otros ámbitos legales se maneja. Así, a efectos del derecho laboral y de seguridad social, el artículo 115 LGSS, accidente es *toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.*

Para que haya accidente a los efectos del artículo 100 es preciso:

- que haya una lesión corporal
- que la misma provenga de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del sujeto asegurado.
- que produzca invalidez o muerte.

Causa violenta. No es sólo la traumática (choque, golpe, caída, etc). También puede considerarse violento una asfixia, una insolación o intoxicación.

Causa externa. Quizá de todas estas características definitorias la que más problemas ha causado es la que considera que la lesión corporal debe provenir de una causa “externa” al asegurado, lo cual, excluiría de cobertura, al menos en principio, a las enfermedades por ser éstas internas al sujeto. Pero ¿qué ocurre con un infarto, o un ictus o una hemorragia interna? Son

situaciones internas al sujeto pero se manifiestan de forma súbita y muchas no dejan de ser manifestaciones internas de causas externas (esfuerzo, stress, etc). Ciertamente hay pólizas que excluyen directamente estos riesgos pero otras no lo hacen y eso hace que surjan problemas interpretativos relativos a considerar o no estos sucesos como riesgos cubiertos o no. Tampoco hay unanimidad jurisprudencial pues los criterios de la Sala de lo Social y de la Sala Primera del Tribunal Supremo no son en absoluto coincidentes y mientras en jurisdicción laboral se tiende a considerar como accidentes estos sucesos, la interpretación de la jurisdicción civil es bastante más restrictiva.

Causa ajena. La lesión debe derivar de una causa ajena a la intencionalidad del asegurado, es decir, que la misma no haya sido causada dolosa o voluntariamente por el mismo.

El seguro de accidentes está regulado sistemáticamente en el título que la Ley 50/80 dedica a los seguros de personas y ciertamente goza de características propias de éstos pues el riesgo asegurado no deja de ser la integridad física de las personas. Pero también tiene características comunes con los seguros de daños. Por ejemplo, ocurrido el siniestro, el asegurador pagará, junto a la suma pactada para casos de incapacidad permanente o muerte, los gastos médicos, de hospitalización, ortopedia, enterramiento, etc, y en ese caso el resarcimiento no se hará abonando una suma predeterminada sino indemnizando los gastos efectivamente causados. De ahí que se haya llamado la atención acerca de la naturaleza mixta del contrato de seguro de accidentes.

Otra de las cuestiones a tener muy en cuenta es que las consecuencias lesivas derivadas de un accidente pueden tener un desarrollo muy complejo y dilatado en el tiempo y ello puede provocar problemas de determinación de cobertura sobre todo en los casos de sucesión de pólizas que cubren un mismo riesgo. Tras vacilaciones varias, actualmente es criterio mayoritario y pacífico en la jurisprudencia que es el momento del accidente el que debe tenerse en cuenta de cara a la determinación del seguro que deberá afrontar el abono de la prestación.

Llamo la atención igualmente sobre el cuidado en este tipo de pólizas en definir tanto los riesgos incluidos como, sobre todo, los excluidos. Excluidos habitualmente encontramos riesgos como los siguientes: la práctica de deportes de alto riesgo o altamente peligrosos como el automovilismo, motociclismo, submarinismo, escalada, espeleología, boxeo, paracaidismo, vuelo sin motor; lesiones provocadas por un intento de suicidio; accidentes sufridos por estar bajo los efectos de alcohol o drogas, siempre que cualquiera de estas circunstancias haya sido causa del accidente; participación del asegurado en actos delictivos, en apuestas, desafíos o riñas.

Las coberturas del seguro de accidentes se circunscriben a las mencionadas

en el artículo 100, esto es, fallecimiento o incapacidad temporal o permanente. Igualmente puede el seguro de accidentes en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 incluir la cobertura de los gastos de asistencia sanitaria, normalmente hasta un determinado límite económico o temporal. La invalidez temporal no es sino la imposibilidad temporal para realizar el trabajo, actividad u ocupación habitual causada por el accidente. La invalidez permanente es el resultado incapacitante que provoca en el asegurado la existencia de secuelas derivadas del accidente. La determinación de la suma asegurada en estos casos suele hacerse conforme a baremos establecidos en la póliza. Junto a las anteriores coberturas, las aseguradoras suelen también ofrecer la garantía de la incapacidad profesional. El juego entre la invalidez permanente y la invalidez profesional cuando figuran como coberturas presentes en el mismo contrato, varía según las pólizas aunque lo habitual es la cobertura de invalidez permanente opera para las lesiones permanentes que no alcanzan entidad suficiente como para determinar una invalidez profesional.

Al igual que ocurre en los seguros sobre la vida, cabe la designación de beneficiario para la cobertura de muerte derivada del accidente (art. 102).

E. SEGUROS DE ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA.

Regulación legal.

Artículo 105.

Cuando el riesgo asegurado sea la enfermedad, el asegurador podrá obligarse, dentro de los límites de la póliza, en caso de siniestro, al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia médica y farmacéutica. Si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan.

Artículo 106.

Los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria quedarán sometidos a las normas contenidas en la sección anterior en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros.

Estamos ante dos seguros distintos aunque ambos derivan de un tronco común: la cobertura aseguradora de la salud del asegurado. Pero las diferencias son importantes.

El seguro de enfermedad cubre el riesgo de quebranto en la salud, y la prestación del asegurador consiste en sufragar los gastos económicos que cause toda alteración de la salud cubierta por el seguro. No es un seguro de prestaciones sanitarias sino de reembolsos de los gastos sanitarios en que incurra el asegurado una vez se haya producido su problema de salud, hasta un límite cuantitativo o temporal fijado en póliza. Mientras el seguro de accidentes se ocupaba de las causas exógenas que podían producir un quebranto en la integridad física del asegurado, el seguro de enfermedad se ocupa de lo interno, de lo endógeno, de los fallos del propio organismo del asegurado.

En el seguro de asistencia sanitaria el asegurador asume una obligación de hacer consistente en la prestación de los servicios sanitarios (médicos y quirúrgicos) que precise el asegurado para procurar el restablecimiento de la salud perdida. Este tipo de seguro, independiente del anterior puede tener incidencia en lo concerniente a la responsabilidad civil de la aseguradora con ocasión de culpas o negligencias sanitarias ocurridas durante el cumplimiento de la prestación pactada por el personal sanitario ofrecido por el asegurador al asegurado.

La realidad, hoy día, es que el seguro de enfermedad ha ido cediendo terreno al seguro de asistencia sanitaria, teniendo éste una mucho mayor presencia en el mercado asegurador.

BIBLIOGRAFÍA.

MARCO ALCALÁ, Luís Alberto: “Seguro de personas. Aspectos generales”. Aranzadi. 2006.

VEIGA COPO, Abel: “Tratado del contrato de seguro”. Civitas. 2012.

SANCHEZ CALERO, Fernando (Coord.): “Ley del contrato de seguro”. Aranzadi. 2010.

VVAA: “Comentarios a la Ley de Contrato de Seguro”. Tirant lo Blanch. 2002