

**INFORME PARA LA JUNTA CONSULTIVA DE SEGUROS  
Y FONDOS DE PENSIONES**

**PROPUESTA DE BASES  
PARA LA REFORMA**

**DE LA**

**LEY DE CONTRATO DE SEGURO**

**Tercera Parte: Seguros de personas.**

**Septiembre 2007**

## I. COMENTARIOS GENERALES EN RELACIÓN AL TÍTULO III.

### I.1. PLANTEAMIENTO GENERAL.

De acuerdo con los comentarios efectuados en el apartado “*Reflexiones sobre la posible estructura de la Ley de Contrato de Seguro reformada*” de este informe, la primera cuestión que se planteó por el grupo de trabajo fue la referente a la estructura de la vigente Ley de Contrato de Seguro. Por lo que a la regulación de los seguros de personas se refiere, se consideró acertado que la Ley contenga una serie de disposiciones comunes aplicables a todos los seguros de personas y que, tras estas disposiciones comunes, se aborde la regulación de los distintos seguros de personas, si bien deberían añadirse a los ya regulados, otros seguros no previstos en la actualidad.

Considerando lo anterior, el contenido de este Título III debería ser:

En primer lugar, de manera similar a como hace la vigente LCS, establecer una serie de disposiciones comunes aplicables a todo contrato de seguro de personas, que vendrían a complementar para estos seguros las disposiciones generales del Título I de la Ley, recogiendo las especificidades de los seguros de personas frente a otras modalidades de seguro. En la medida en que tales disposiciones comunes fuesen aplicables a las distintas modalidades de seguros de personas, deberían recoger normas generales, cuya finalidad última sería la tutela de los derechos de los asegurados y tomadores en atención de su condición de “*parte contratante más débil*”.

En segundo lugar, el Título III debería contener la regulación separada de las distintas modalidades fundamentales de seguros de personas. En este sentido procedería, por una parte, la revisión de las modalidades que ya están reguladas en la vigente Ley (seguro de vida, seguro de accidentes y seguro de enfermedad) y, por otra, la incorporación al nuevo texto legal de modalidades no reguladas en la actual LCS (seguro de decesos y cobertura de las situaciones de dependencia).

### I.2. Estructura propuesta para el Título III.

Conforme a lo indicado, se propone la estructura para el Título III que se recoge en el siguiente cuadro, comparándola con la estructura actual:

Secciones actuales del Título III	Capítulos y secciones que se proponen para el Título III
Secc. 1ª. Disposiciones comunes. Secc. 2ª. Seguro sobre la vida. Secc. 3ª. Seguro de accidentes. Secc. 4ª. Seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria.	Cap. I. Disposiciones comunes. Cap. II. Seguros de vida. Cap. III. Otros seguros de personas. Secc. 1ª. Seguro de accidentes. Secc. 2ª. Seguro de enfermedad. Secc. 3ª. Seguro de decesos. Secc. 4ª. Cobertura de las situaciones de dependencia.

## II. ANÁLISIS DE LA SECCIÓN PRIMERA “DISPOSICIONES COMUNES”.

### II.1. Contenido actual.

En la actualidad esta sección está constituida por tres artículos:

- Artículo 80, que define el contrato de seguro sobre las personas.
- Artículo 81, sobre los seguros de grupo.
- Artículo 82, sobre la no subrogación del asegurador en los seguros de personas.

Estos artículos se analizarán a continuación.

### II.2. Posibles contenidos adicionales relacionados con la no discriminación en la contratación contra personas con discapacidad y problemática del uso de información genética.

La inclusión de previsiones contra la discriminación a las personas con discapacidad, ha sido reiteradamente solicitada por sus organizaciones representativas.

Por su parte, se ha venido planteando la necesidad de afrontar los problemas que pueden derivarse del uso de información genética en la contratación de seguros.

La trascendencia de ambos temas requiere su consideración con ocasión del análisis de las reformas a realizar en la LCS. En relación con ambos temas y, con la finalidad de plantear el debate, sin que esta sea una posición definitiva, en este informe se considera que ambas cuestiones han de regularse plenamente en sus ámbitos legislativos propios. En este sentido, resulta de especial interés la solución dada en el caso francés, donde el artículo L133-1 del Código de Seguros afronta precisamente ambos temas por remisión a la legislación sobre sanidad<sup>1</sup>:

*«El acceso al seguro contra los riesgos de invalidez o de fallecimiento se garantiza con las condiciones fijadas por los artículos L. 1141-1 a L. 1141-3 del Código de la sanidad pública, a continuación reproducidos :*

*“Art. L. 1141-1 - Las empresas y entidades que proponen una garantía de los riesgos de invalidez o de fallecimiento no deben tomar en cuenta los resultados del reconocimiento de las características genéticas de una persona que pide el beneficio de esta garantía, aun cuando éstos les son comunicados por la persona referida o con su acuerdo. Además, no pueden hacer ninguna pregunta relativa a las pruebas genéticas y a sus resultados, ni pedir a una persona que se someta a pruebas genéticas antes de que esté concluido el contrato y durante toda la duración de éste.*

---

<sup>1</sup> Traducción al español realizada por LegiFrance ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr))

*"Art. L. 1141-2 - Un convenio relativo al seguro de personas expuestas a un riesgo agravado con motivo de su estado de salud determinará las modalidades particulares de acceso al seguro contra los riesgos de invalidez o de fallecimiento en favor de estas personas que no pueden hallar en el marco de las prácticas acostumbradas del seguro, seguros de garantía de los préstamos al consumo, hipotecarios o a carácter profesional.*

*Cualquier persona presentando, con motivo de su estado de salud, un riesgo agravado puede invocar las disposiciones del convenio.*

*Para aquellas de sus disposiciones que prevén las condiciones de recolección y de utilización, así como las garantías de confidencialidad de los datos de carácter personal de índole médica, con motivo de la suscripción de los préstamos mencionados en el primer apartado, el convenio es objeto, previamente a su concierto, de una consulta de la Comisión nacional de la informática y de las libertades, que dictamina sobre su conformidad a la Ley n°78-17 del 6 de enero de 1978 relativa a la informática, a los ficheros y a las libertades.*

*[A] Falta de acuerdo, o en caso de ruptura que haga peligrar la ejecución o la perennidad del dispositivo convencional, las condiciones de recolección y de utilización así como las garantías de confidencialidad de los datos [de] carácter personal de índole médica se definen por decreto del Conseil d'Etat, después del dictamen de la Comisión nacional de la informática y de las libertades".*

*"Art. L. 1141-3 - El convenio se concierta entre el Estado, las asociaciones que representan las personas enfermas o discapacitadas, las entidades que representan las empresas administradas por el Código de los seguros, los establecimientos de crédito, las mutuas administradas por el Código de la mutualidad y las instituciones administradas por las disposiciones del título III del libro IX del Código del seguro social.*

*Un comité de seguimiento vela por la aplicación del dispositivo convencional. Comprende los representantes de los firmantes, así como las personas escogidas en razón a sus competencias. El comité está presidido por una persona cualificada, nombrada por los ministros encargados de la economía y de la sanidad".»*

Finalmente, en el ámbito de la igualdad de mujeres y hombres en la contratación de seguros, las medidas legislativas contra la discriminación por razón de sexo están ya recogidas en la Ley Orgánica de Igualdad efectiva de mujeres y hombres, que contiene previsiones específicas al respecto.

## **ARTÍCULO 80. DEFINICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.**

### **Redacción vigente.**

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

### **Cuestiones analizadas.**

Las propuestas iniciales de reforma planteadas al grupo de trabajo no contenían ninguna modificación de este artículo, por considerar que la actual definición comprende todos los riesgos que pueden afectar a las personas.

Por otro lado, no se consideró adecuado realizar una clasificación de los seguros de personas debido a la dudosa eficacia que pudiera tener, a la vista, entre otras cosas, de la posibilidad de aparición de nuevos productos.

Un miembro del grupo de trabajo realizó dos propuestas, consistentes en cambiar la palabra “*existencia*” por “*fallecimiento o supervivencia*”, al ser las dos contingencias a las que se refiere la existencia; e incluir en la definición la figura de la dependencia, para lo que proponía recoger entre los riesgos que afectan a las personas los relativos a la autonomía personal. Se tomó nota de estas propuestas con la precisión por parte de otro miembro del grupo de que los seguros de dependencia podrían estar englobados tanto en los seguros de vida como en los de enfermedad.

### **Propuestas.**

#### **80.1. Se propone mantener la redacción vigente.**

Respecto a la sustitución de “*existencia*” por la expresión “*fallecimiento o supervivencia*” no parece necesario, pues si bien es cierto que los riesgos que pueden afectar a la existencia del asegurado son los citados, no se precisa una mayor especificación en un precepto como el analizado, que tiene un carácter general, existiendo ya otros artículos del mismo título que especifican y aclaran este aspecto; así el artículo 83, relativo al seguro de vida, cuando menciona “*(...) en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado o de ambos eventos conjuntamente*”.

Sobre la referencia a la autonomía personal para incluir el riesgo de dependencia, se efectúan en otro apartado de este informe ciertas propuestas para la incorporación de la cobertura de dependencia a la regulación de la LCS.

## ARTÍCULO 81. SEGUROS DE GRUPO.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se sometieron al grupo de trabajo las siguientes propuestas:

- a) En primer lugar, sustituir la expresión “*característica común extraña*” por “*característica común ajena*”, por entender que “*ajena*” muestra mejor que lo que pretende el legislador es que el grupo asegurable esté delimitado previamente por alguna característica común a todos ellos que sea independiente o ajena al propósito de estar asegurados.
- b) En segundo lugar, se planteó la necesidad de regular de forma más exhaustiva los seguros colectivos o de grupo, si bien se propuso que tal regulación se contuviera en el artículo 7, que, al integrarse en las disposiciones generales de la Ley, resultaría de aplicación a todo tipo de seguro y no sólo a los de personas a que se refiere este artículo 81 (ver comentarios al artículo 7)

En líneas generales el grupo se manifestó conforme a las propuestas.

### **Propuestas.**

#### **81.1. La regulación del seguro de grupo ha de valorarse conjuntamente con la reforma del artículo 7.**

En este sentido ha de considerarse que en las propuestas de reforma del artículo 7 se planteaba por lo que a los seguros de grupo se refiere lo siguiente:

*“7.2. Trasladar el contenido del artículo 81, sobre los seguros de grupo, a este artículo sobre elementos personales del contrato e incluir las especialidades de los derechos y obligaciones de los asegurados en este tipo de contratos.”*

Esos especiales derechos se refieren a la información y entrega de la documentación del contrato.

#### **81.2. Sustituir la expresión “*característica común extraña*” por “*característica común ajena*”,**

El calificativo “*ajena*” muestra mejor que lo que pretende el legislador es que el grupo asegurable este delimitado previamente por alguna característica común a todos ellos y sea independiente o ajena al propósito de estar asegurados.

## ARTÍCULO 82. SUBROGACIÓN DEL ASEGURADOR.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Las propuestas de reforma planteadas al grupo no proponían ninguna modificación de este artículo. Por parte de un miembro del grupo se propuso sustituir el término “*indemnización*” por el de “*prestación*”, con una finalidad aclaratoria y evitar que el precepto parezca referirse únicamente a los seguros indemnizatorios. La propuesta fue aceptada por el resto de miembros del grupo de trabajo.

### **Propuestas.**

**82.1. Sustituir la expresión “*después de pagada la indemnización*” por la de “*después de satisfecha la prestación.*”**



### III. ANÁLISIS DE LA SECCIÓN SEGUNDA “SEGURO SOBRE LA VIDA”.

Con carácter previo al análisis de los artículos que integran la regulación del seguro sobre la vida debe destacarse la necesidad de incluir algunos aspectos en coordinación con las propuestas respecto a la documentación de la fase previa a la celebración del contrato y de la documentación contractual, que se han realizado en el análisis del Título I de la Ley (ver artículos 5, 6, 8 y 9 de la LCS).

#### **Sobre la información específica del contrato de seguro de vida.**

Una de estas propuestas es la incorporación a la LCS de la regulación de la información previa a la celebración del contrato de seguro, que actualmente se encuentra en el TRLOSSP y en su reglamento de desarrollo, y a cuyos efectos se propone que en el Título I de la Ley se recoja en un artículo específico la regulación de la información previa común a todo tipo de seguros y en otro artículo específico la información previa en los seguros colectivos.

Por su parte, la regulación de la información previa específica del seguro de vida debería recogerse en este Título III.

En este sentido, ha de considerarse que el artículo 105 del ROSSP, relativo al deber particular de información en los seguros de vida se refiere en su apartado 1 a que antes de la celebración de cualquier contrato de seguro sobre la vida, además de la información previa prevista con carácter general, se deberá hacer entrega al tomador del seguro de una nota informativa redactada de forma clara y precisa, con el siguiente contenido que, en su caso, proceda:

- a) Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica.*
- b) Dirección del domicilio social de la entidad y, en su caso, de la sucursal que tenga establecida en España.*
- c) Definición de las garantías y opciones ofrecidas.*
- d) Duración del contrato.*
- e) Condiciones para su rescisión.*
- f) Condiciones, plazos y vencimientos de las primas. En los seguros en los que el tomador asuma el riesgo de la inversión se especificará el importe, base de cálculo y periodicidad de todos los gastos inherentes a la operación.*
- g) Método de cálculo y de asignación de las participaciones en beneficios.*
- h) Indicación de los valores de rescate y de reducción y naturaleza de las garantías correspondientes; en el caso de que éstas no puedan ser establecidas exactamente en el momento de la suscripción, indicación del mecanismo de cálculo así como de los valores mínimos.*
- i) Primas relativas a cada garantía, ya sea principal o complementaria, cuando se considere necesario.*
- j) En los contratos de capital variable, definición de las unidades de cuenta a las que están sujetas las prestaciones e indicación de los activos representativos.*

*k) Modalidades y plazo para el ejercicio del derecho de resolución y, en su caso, formalidades necesarias a que se refiere el artículo 83.a) de la Ley 50/1980, de 8 octubre, de Contrato de Seguro.*

*l) Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable.”*

Además, los apartados 2, 3 y 4 añaden requerimientos adicionales de información durante la vigencia del contrato:

*“2. Durante todo el período de vigencia del contrato de seguro sobre la vida, la entidad aseguradora deberá informar por escrito al tomador del seguro de las modificaciones de la información inicialmente suministrada, de acuerdo con los párrafos a) a j) del apartado anterior.*

*3. En caso de emitirse un suplemento de póliza o de modificarse la legislación aplicable al contrato, el tomador del seguro deberá recibir toda la información contenida en los párrafos c) a j) apartado 1 de este artículo.*

*4. Con periodicidad anual el tomador del seguro deberá recibir la información relativa a la situación de su participación en beneficios.”*

Estas exigencias de información previa derivan de la normativa comunitaria (Directiva 2002/83 sobre el seguro de vida) y en este informe se propone su incorporación a la LCS, en consonancia con lo que sucede en otras legislaciones.

Por tanto, se propone incorporar sendos artículos que recojan estas exigencias de información; uno para la información previa y otro para la información a suministrar durante la vida del contrato.

### **Formalización del contrato de seguro de vida.**

En el ámbito ya de la formalización del contrato de seguro, se debe analizar la adecuación de la regulación de las menciones que debe contener la póliza de seguro. A este respecto, la regulación del contenido específico de las pólizas de vida debería abordarse en este Título III. En este sentido procedería determinar las menciones que, además de las establecidas en el Título I para todo contrato de seguro, debe contener el contrato de seguro sobre la vida por referirse a las particularidades de este tipo de seguros.

No obstante, a efectos de facilitar su comprensión por los asegurados se propone que el contenido especial de la póliza del seguro de vida sea la información previa que debe suministrarse antes de la celebración del contrato.

## ARTÍCULO 83. DEFINICIÓN DE SEGURO DE VIDA.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se sometieron al grupo de trabajo diferentes propuestas:

- a) Se recordó que la redacción actual de este artículo deriva de la modificación introducida por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero. Tal modificación introdujo los actuales párrafos primero (definición del contrato de seguro de vida), tercero (inclusión en la categoría de seguros de vida de aquellos en los que la prestación convenida en la póliza ha sido determinada mediante la utilización de criterios y bases de técnica actuarial), quinto (existencia de riesgo en los seguros de vida) y añadió una frase al séptimo (excepciones a la prohibición de contratar seguros para caso de muerte de menores de 14 años).

Por algunos miembros del grupo de trabajo se propuso la vuelta a la redacción originaria. Se indicó que los párrafos tercero y quinto se refieren a cuestiones que podrían estar recogidas en las normas de ordenación y no en la Ley de Contrato de Seguro.

Sin embargo, otros miembros del grupo se manifestaron claramente contrarios a una posible supresión de la definición del seguro de vida, ya que se trata de una figura de tal entidad que tiene que tener una definición propia y diferente de la general aplicada a los seguros de personas, pudiéndose mejorar la redacción e incluir los conceptos relativos a la dependencia o la posibilidad de cubrir en el mismo seguro los riesgos de supervivencia y de fallecimiento, para aclarar determinadas situaciones que se están dando en la actualidad.

En concreto, los miembros del grupo que se mostraron contrarios a la supresión del párrafo tercero, lo hicieron por entender que es necesario para que los órganos judiciales puedan interpretar más claramente qué es un seguro de vida. Además consideraron que es más protector para los asegurados que todos los productos comercializados por las entidades aseguradoras se sometan a la Ley de Contrato de Seguro. Asimismo, recordaron que este tercer párrafo se incluyó en el texto de la Ley como resultado de una enmienda en la tramitación parlamentaria de la Ley 44/2002; la enmienda tenía un contenido más amplio, que es el que mejor corresponde y que matiza la definición: *“Los seguros sobre la vida no perderán su naturaleza ni se reputarán nulos, si por la combinación de varias modalidades, la prestación a percibir por el beneficiario o beneficiarios pudiera ser equivalente o similar para los supuestos de rescate, supervivencia y/o de fallecimiento”*, que propusieron incorporar.

- b) En todo caso, se propuso aclarar la redacción de los dos primeros párrafos para evitar repeticiones.
- c) Plantear los problemas relativos a la posibilidad de revocación del consentimiento cuando el asegurado es persona distinta del tomador, en los seguros para caso de fallecimiento y sus efectos sobre el contrato.

Algunos miembros del grupo se mostraron expresamente conformes con que se regule en este artículo la posibilidad de revocar el consentimiento en los casos de seguros para caso de fallecimiento cuando el asegurado y el tomador sean personas distintas, si bien destacaron el problema que se plantea con la naturaleza jurídica de la modificación.

- d) Se debatió el caso de los contratos de seguro para caso de muerte sobre menores y su posible admisión para casos concretos como los seguros colectivos, al tiempo que se puso de manifiesto la falta de claridad en cuanto a la aplicación de la prohibición en el seguro de accidentes.

## **Propuestas.**

### **83.1. Modificar la redacción de los dos primeros párrafos, en atención a las siguientes razones:**

83.1.1º. Evitar que el precepto incurra en reiteraciones innecesarias.

Los dos primeros párrafos prevén que el seguro sobre la vida puede estipularse tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia o ambos conjuntamente.

83.1.2º. Dar una definición de contrato de seguro sobre la vida, a cuyos efectos podría efectuarse una refundición de lo dispuesto en los vigentes párrafos primero y segundo, considerando las siguientes alternativas:

i) Si lo que se definen son los riesgos que se cubren mediante un contrato de seguro de vida.

Esta es la alternativa seguida por la actual Ley al definir los distintos seguros de personas e incluso el seguro de vida, tal y como se definía en la redacción originaria del artículo 83 antes de su modificación por la Ley 44/2002: *“El seguro puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia o ambos conjuntamente”*. También es la seguida en la definición de los seguros de daños en la vigente LCS, en los que se utiliza la fórmula: *“Por el seguro contra (alude al seguro en cuestión) el asegurador se obliga dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato a indemnizar los daños producidos/derivados (concreta el riesgo en cuestión)”*

ii) Si lo que se define, además de los riesgos objeto de cobertura, es el propio contrato de seguro. Esta es la alternativa que sigue el vigente artículo 83, tras su modificación por la Ley 44/2002: *“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.”*. En el que, como puede apreciarse, se mezclan aspectos contenidos en la definición de contrato de seguro del artículo 1 de la Ley con la definición de los riesgos objeto de cobertura.

De entre ambas alternativas se propone descartar la segunda. En primer lugar, porque, en cierta medida rompe la unidad de la definición de contrato de seguro recogida en el artículo 1. En segundo lugar, porque, además de innecesario, no es una técnica que siga la Ley en la definición del resto de modalidades de seguro, ni de personas ni de daños.

Por consiguiente, el presente documento propone que se siga la primera de las alternativas planteadas. En este sentido, bien podría irse a la redacción originaria del precepto, definiéndose el seguro de vida en los siguientes o parecidos términos: *“El seguro puede estipularse sobre la vida*

*propia o la de un tercero, tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia o ambos conjuntamente.”* En cualquier caso, la definición sustituiría los párrafos primero y segundo del vigente artículo.

### **83.2. Supresión de los párrafos tercero y quinto.**

El párrafo tercero no contiene una norma contractual sino de ordenación, que no viene a recordar nada más que la necesidad de utilización de criterios y técnicas actuariales en el seguro de vida, cuestión regulada en la normativa de ordenación y supervisión de los seguros privados. En cuanto al argumento de facilitar la interpretación sobre qué es un contrato de seguro de vida, cabe considerar que la naturaleza de un contrato la determina su contenido, lo cual necesariamente ha de valorarse en cada caso concreto.

El párrafo quinto nada aporta respecto al artículo 4 de la Ley, el cual resulta aplicable al seguro de vida, en el que se dispone: *“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.”*

### **83.3. Conveniencia de que el precepto regule la posibilidad de revocación del consentimiento por el asegurado que sea persona distinta del tomador, para caso de fallecimiento y sus efectos sobre el contrato.**

### **83.4. Someter a análisis y valoración la problemática de los contratos de seguros para caso de muerte sobre menores.**

En particular, valorar la prohibición general que prevé el precepto; mantener la excepción que prevé la vigente redacción -cuando la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la prima satisfecha por la póliza o al valor de rescate-; o contemplar como excepción la posibilidad de contraseguro por reembolso de primas pagadas.

A efectos de su valoración ha de considerarse que la prohibición de contratar seguros para caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años o incapacitados conforma una tradición en el ordenamiento jurídico que regula la actividad aseguradora. Ya en la Ley de 14 de mayo de 1908 se establecía en su artículo 8 con la única excepción de contraseguro por reembolso de primas pagadas. De nuevo volvió a recogerse en el la Ley de 16 de diciembre de 1954, en la letra c) de su artículo 14, en este caso sin excepción alguna; finalmente, fue recogida también sin excepción en la Ley de Contrato de Seguro de 8 de octubre de 1980, en su artículo 83. Tal prohibición tiene una única finalidad, cual es evitar la posible existencia de un incentivo económico para causar la muerte del menor de 14 años de edad o incapacitado y, por tanto, su finalidad última es la protección de la vida de estas personas.

Igualmente, ha de considerarse que tal prohibición se refiere exclusivamente a la contratación de los seguros para caso de muerte y, por consiguiente, no excluye ni impide la contratación de otros tipos de seguros en los que el riesgo cubierto sea la supervivencia del menor o incapacitado, y, por la misma razón tampoco quedan prohibidos los seguros que garanticen el pago de los gastos de sepelio en caso de muerte del menor e incapacitado.

- 83.5. La referencia a la dependencia debe valorarse en coherencia y coordinación con las propuestas efectuadas para la incorporación del seguro de dependencia a la regulación de la LCS, que se efectúan más adelante.**

## ARTÍCULOS 83.a). FACULTAD DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO.

### Redacción vigente.<sup>2</sup>

*“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.*

*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.”*

### Cuestiones analizadas.

Se planteó por el grupo si este artículo, en la redacción vigente en el momento de su análisis, dada por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados, debía mantenerse o si, por el contrario, debía ser la Ley de comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores la que regulase estos extremos. Se acordó estudiar y revisar su contenido en paralelo al proyecto de Ley de comercialización a distancia.

### Propuestas.

#### **83.a).1. Mantener la redacción actual.**

La Ley 22/2007, de 11 de julio, de comercialización a distancia de los servicios financieros destinados a los consumidores derogó los párrafos segundo y tercero del apartado 1 y un inciso del apartado 2 del artículo 83.a) de la LCS, pasando su contenido a integrarse en el proyecto de Ley. La redacción final ha quedado en los términos indicados.

---

<sup>2</sup> Redacción tras la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.



## ARTÍCULOS 84. DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

- a) Se propuso añadir un nuevo párrafo en el que se prevea que en los contratos de seguro de vida donde simultáneamente se cubra el riesgo para caso de muerte y para caso de supervivencia, si existe designación de beneficiario, ésta deberá hacerse de forma expresa para cada uno de los riesgos asegurados. En la práctica de los seguros mixtos (cobertura de supervivencia y muerte) se da el caso de pólizas en donde aparece la designación de beneficiario, pensado para el caso de fallecimiento, y se ha interpretado que es para ambas contingencias. Con la propuesta se pretende eliminar estas situaciones que, en determinados casos, pueden suponer una consecuencia distinta a la deseada por el tomador del seguro,
- b) En la declaración escrita comunicada al asegurador se propone cambiar el término “comunicada” por “notificada”, de manera que suponga que la entidad ha tenido constancia de la voluntad del tomador.

Respecto a esta propuesta se propuso por un miembro del grupo, a fin de concretar más la forma de notificación, la utilización de la expresión “notificada fehacientemente”

### **Propuestas.**

#### **84.1. Añadir un nuevo párrafo para clarificar la designación de beneficiario en los seguros mixtos.**

Se trata de prever que en los seguros donde simultáneamente se cubra el riesgo para caso de muerte y para caso de supervivencia, si existe designación de beneficiario, ésta deberá hacerse de forma expresa para cada uno de los riesgos asegurados.

## **ARTÍCULOS 85. DESIGNACIÓN GENÉRICA DEL BENEFICIARIO.**

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

- a) En las propuestas de reforma se planteaba excluir expresamente de la condición de beneficiario hecha de manera genérica a favor del cónyuge al que lo sea pero esté separado legalmente. Algunos miembros del grupo pusieron de manifiesto que también pueden existir problemas con los que se encuentren en proceso de separación.
- b) Se analizó si habría que hacer referencia a las parejas de hecho que no se encuentren inscritas en ningún registro, concluyéndose que no existe necesidad de incluir este supuesto.
- c) Respecto al problema que existe en los casos de designación genérica de los hijos como beneficiarios cuando alguno de ellos fallece con anterioridad al asegurado, se concluyó que tal problemática procedería analizarse en el artículo 86.

### **Propuestas.**

#### **85.1. No se efectúan propuestas de modificación.**

## ARTÍCULO 86. DESIGNACIÓN DE VARIOS BENEFICIARIOS.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

No se sometieron al grupo propuestas de modificación del precepto, si bien se plantearon algunas cuestiones en relación a la premoriencia de los beneficiarios designados genéricamente (fundamentalmente en el caso de la designación de hijos), manifestándose dos posiciones, sobre las que no se llegó a consenso, por lo que se acordó profundizar en la cuestión. Tales posiciones fueron las siguientes:

- Por una parte, quienes mantienen que la cuestión está resuelta por el artículo 86 en el que se dice que la parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás y, por tanto, no sería de aplicación el derecho de representación. Se afirma que a los seguros no se les aplica el derecho de sucesiones del Código Civil, sino su legislación propia.
- Por otra parte, quienes consideran que, en caso de premoriencia de uno de los hijos, los nietos son considerados como beneficiarios aplicando los preceptos de la sucesión intestada en la que aparece el derecho de representación y se hereda por estirpes.

También se plantea la duda de que, en caso de que se produzca el derecho de acrecer de los beneficiarios, cuáles son los porcentajes en que se hace, concluyéndose que los porcentajes serán los mismos que se utilizaron en un principio para designar a cada uno de los beneficiarios.

### **Propuestas.**

**86.1. Mantener la redacción actual, sin perjuicio de considerar las cuestiones anteriores.**

## ARTÍCULO 87. REVOCACIÓN DEL BENEFICIARIO DESIGNADO.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se propuso al grupo la modificación del precepto a fin de aclarar que la revocación de los beneficiarios podrá realizarse en las “mismas formas” previstas para la designación y que la designación realizada en testamento únicamente podrá revocarse por este medio, a cuyo fin se sometió la siguiente propuesta de redacción: *“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 podrá hacerse en cualquiera de las formas previstas para la designación en el artículo 84; no obstante, la designación realizada en testamento deberá revocarse en testamento.”*

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

### **Propuestas.**

- 87.1. Modificar la redacción del precepto a fin de aclarar que la revocación de los beneficiarios podrá realizarse en las mismas formas previstas para su designación y que la designación realizada en testamento únicamente podrá revocarse por este medio.**

## ARTÍCULO 88. PAGO DE LA PRESTACIÓN AL BENEFICIARIO.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se sometió al grupo la modificación del último párrafo del artículo para adaptarlo a la nueva Ley concursal, planteando dos alternativas:

- Cuando el tomador haya sido declarado en concurso mediante resolución judicial firme, los órganos de representación de los acreedores podrán exigir al asegurador la reducción del seguro.
- Cuando haya sido declarada la apertura de la fase de liquidación en un procedimiento concursal, respecto al tomador, los órganos de representación de los acreedores podrán exigir al asegurador la reducción del seguro.

Por parte del grupo se acordó la segunda de las alternativas planteadas.

### **Propuestas.**

#### **88.1. Modificar el último párrafo del precepto para su adaptación a la Ley Concursal.**

De manera que se prevea que cuando haya sido declarada la apertura de la fase de liquidación en un procedimiento concursal, respecto al tomador, los administradores concursales podrán exigir al asegurador la reducción del seguro.

<b>ARTÍCULO 89. RETICENCIA E INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES DE RIESGO. INDISPUTABILIDAD.</b>
--

**Redacción vigente.**

*“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.”*

**Cuestiones analizadas.**

No se sometieron al grupo propuestas de modificación del precepto.

**Propuestas.**

**89.1. Mantener la vigente redacción del artículo.**

## ARTÍCULO 90. DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

No se sometieron al grupo propuestas de modificación del precepto.

### **Propuestas.**

**90.1. Mantener la vigente redacción del artículo.**

## **ARTÍCULO 91. RIESGOS EXCLUIDOS.**

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se propuso por un miembro del grupo su supresión, por considerarlo innecesario, ya que en el caso de que no se diga nada en el contrato, la cobertura del seguro será para todo tipo de muerte, con independencia de las circunstancias en las que se haya producido, sin perjuicio de lo que se establece para los casos de muerte causada dolosamente o el suicidio. Las exclusiones de la cobertura para una determinada circunstancia deberán hacerse siguiendo los requisitos que, en su caso, se establezcan para este tipo de cláusulas.

Otros miembros del grupo se mostraron disconformes, ya que afirma que es el único artículo de la Ley en el que se contempla la posible existencia de exclusiones en la póliza.

### **Propuestas.**

**91.1. No se formulan propuestas de reforma.**



## **ARTÍCULO 92. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO CAUSADA DOLOSAMENTE POR EL BENEFICIARIO.**

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se propuso tener en cuenta la situación en la que el tomador cause dolosamente en connivencia con el beneficiario la muerte del asegurado, ya que la redacción vigente sólo hace referencia a la actuación dolosa del beneficiario pero no del tomador, de manera que en el supuesto de muerte del asegurado causada dolosamente por beneficiario y tomador, la prestación se integraría en el patrimonio de éste.

Para evitar que el tomador se enriquezca de sus propios actos ilícitos se proponía que se prevea que 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, *salvo que éste haya intervenido conjuntamente con aquél, en cuyo caso el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.*

La redacción propuesta no logró el consenso del grupo, si bien se acordó que deberían buscarse alternativas para evitar, en su caso, el enriquecimiento ilícito del tomador.

### **Propuestas.**

#### **92.1. Mantener la redacción.**

Estudiar la modificación del artículo a fin de que en el mismo se prevea algún mecanismo que evite el enriquecimiento del tomador como consecuencia de sus actos ilícitos. Puesto que lo que se trata de evitar es que, en los supuestos en que tomador y beneficiario causen dolosamente la muerte del asegurado, la prestación derivada del contrato de seguro de vida se integre en el patrimonio del tomador, parece adecuado que la nueva redacción del artículo lo contemple así expresamente.

## ARTÍCULO 93. RIESGO DE SUICIDIO DEL ASEGURADO.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

En las propuestas para la reforma no se planteaba ninguna modificación del precepto, sin por el grupo se hicieran propuestas alternativas.

### **Propuestas.**

#### **93.1. Mantener el precepto con su vigente redacción.**

## ARTÍCULO 94. DERECHOS DE RESCATE Y REDUCCIÓN.

### Redacción vigente.

*“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.”*

### Cuestiones analizadas.

Inicialmente se propuso al grupo de trabajo la modificación del precepto, aportándose la siguiente redacción alternativa:

*“En la póliza de seguro se indicará la cuantía de los derechos de rescate y reducción de la suma asegurada, de modo que el tomador pueda conocer en todo momento el correspondiente valor de rescate o de reducción. En caso de que la referida cuantía no pueda ser establecida con exactitud en el momento de la suscripción, se indicará el mecanismo de cálculo de los derechos de rescate y reducción así como de los valores mínimos.”*

No se alcanzó en el seno del grupo un acuerdo pleno sobre la propuesta de redacción, planteándose diferentes cuestiones por algunos miembros, tales como que la regulación del contenido y periodicidad de los derechos de reducción y rescate es más propio de una norma de ordenación que de contrato; que la expresión “*en todo momento*”, en referencia al derecho del tomador a conocer el valor de rescate, podría llevar a los tomadores a exigir el cálculo diario de dicho valor, siendo preferible facilitar la información “*periódicamente*”; la dificultad de conocer los valores mínimos en determinadas modalidades de seguros como los ligados a fondos de inversión (seguros *unit link*), por lo que debería hacerse mención a que se indicarán los valores mínimos cuando sea posible.

### Propuestas.

**94.1. En la póliza de seguro deben regularse los derechos de rescate y reducción de la suma asegurada, su modo de ejercicio, sus posibles limitaciones o restricciones, así como su cuantía económica.**

Dada la importancia de los derechos de rescate y reducción es necesario que estén claramente contemplados en la póliza, de manera que el tomador del seguro pueda conocer su existencia, su manera de ejercitarlos y sus aspectos económicos. Por ello, es necesario que la LCS prevea que en la póliza deberán estar regulados tales derechos y el contenido mínimo que debe tener tal regulación. En este sentido, la cuestión afecta de manera directa a los derechos y obligaciones que para las partes se derivan del contrato de seguro y, por tanto, desde esta perspectiva su

regulación entra dentro del ámbito de la LCS, con independencia que la legislación de ordenación y supervisión los regule desde el ámbito técnico del ejercicio de la actividad aseguradora.

La finalidad de esa información, tal como se indica en la redacción actual debe ser que el asegurado (tomador) pueda *“conocer en todo momento el correspondiente valor de rescate o de reducción”*.

**94.2. El precepto debe hacer referencia a los supuestos en que la cuantía de tales derechos no pueda ser establecida con exactitud.**

De modo similar a la prevista en el artículo 105 del ROSSP para la información previa del contrato de seguros sobre vida.

**94.3. Referencia al asegurado.**

Los artículos 95, 96 y 97 de la Ley, relativos a los derechos de reducción, rescate y anticipo, respectivamente, atribuyen tales derechos al tomador, al igual que lo hace el artículo 98. El artículo 94 alude al asegurado, no tanto atribuyéndole su titularidad sino al decir que el derecho de rescate y reducción deberán estar regulados en la póliza, de modo que el asegurado pueda conocer en todo momento el correspondiente valor de rescate o de reducción. Aun cuando en la práctica ambos conceptos puedan ser intercambiables, parece conveniente utilizar en todos los casos la misma referencia subjetiva, en este caso *“tomador”*. No obstante, dado que se propone que el contenido de este artículo se traslade a uno más general que recoja el contenido especial de las pólizas de seguro de vida no resulta necesario tal cambio, desde la perspectiva de la propuesta realizada.

**94.4. Coordinar la modificación de este precepto con las propuestas respecto a la documentación contractual y a la documentación de la fase previa a la celebración del contrato.**

En relación con los artículos 5, 6, 8 y 9 de la LCS y en el apartado de cuestiones previas a la regulación del seguro sobre la vida” se han efectuado las siguientes propuestas:

- Incorporación a la LCS de la regulación de la información previa a la celebración del contrato de seguro, que actualmente se encuentra en el TRLOSSP y en su reglamento de desarrollo, y a cuyos efectos se propone que en el Título III se recoja la regulación de la información previa específica del seguro de vida. En este sentido, ha de considerarse que el artículo 105 del ROSSP, relativo al deber particular de información en los seguros de vida se refiere en su apartado 1 a que antes de la celebración de cualquier contrato de seguro sobre la vida se deberá entregar al tomador una nota informativa con el contenido que el propio precepto indica, entre el que se encuentra en su letra h) la *“indicación de los valores de rescate y de reducción y naturaleza de las garantías correspondientes; en el*

*caso de que éstas no puedan ser establecidas exactamente en el momento de la suscripción, indicación del mecanismo de cálculo así como de los valores mínimos*"; y en su apartado 2 dispone que durante toda la vigencia del contrato se deberá informar por escrito de las modificaciones de la información inicialmente suministrada.

- En el ámbito ya de la formalización del contrato de seguro y de su documentación, otra de las propuestas es la regulación de las menciones específicas que deben contener las pólizas de seguros de vida.

Por tanto, las referencias a la información sobre los derechos de rescate y reducción deben contenerse en el nuevo artículo que se propone sobre contenidos específicos de las pólizas de seguros de vida.

## ARTÍCULO 95. EJERCICIO DEL DERECHO DE REDUCCIÓN.

### **Redacción vigente.**

*“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 dos 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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se propuso al grupo de trabajo modificar la redacción a fin de introducir dos aspectos:

- a) La sustitución de la expresión usada en la redacción vigente de “dos años” por “dos anualidades de prima”; (expresión utilizada en el artículo 96) y la segunda sustituir la expresión “antes del fallecimiento del asegurado” por “antes del acaecimiento del siniestro contemplado en la póliza”.

No se alcanzó un acuerdo pleno sobre la propuesta de redacción, planteándose diferentes cuestiones por algunos miembros, tales como que el contenido del precepto es más propio de las normas de ordenación que de la LCS. Los periodos “dos años” y “dos anualidades de prima” no son equivalentes.

Se propuso también cambiar la expresión “tablas de valores insertos en la póliza” por “sistema de determinación de los valores previsto en la póliza” u otra similar, respecto a esta última propuesta otro miembro del grupo mostró su acuerdo siempre que estos sistemas aporten la suficiente claridad a los consumidores.

### **Propuestas.**

#### **95.1. Modificar el artículo conforme a lo siguiente:**

- Sustitución de la expresión “tablas de valores insertos en la póliza” por “tablas o sistema de determinación de los valores de reducción previstos en la póliza” u otra similar.

Respecto a esta cuestión se recuerda la exigencia, en el artículo propuesto sobre contenido específico de las pólizas de seguro de vida, acerca de que el sistema de determinación de valores debe ser claro y preciso.

- Sustitución de la expresión “antes del fallecimiento del asegurado” por “antes del acaecimiento del siniestro contemplado en la póliza”.

**95.2. Coordinar la modificación de este precepto con las propuestas respecto a la documentación contractual y la documentación de la fase previa a la celebración del contrato.**

**95.3. Las condiciones de rehabilitación de la póliza deberían precisarse.**

Debería considerarse la conveniencia de introducir ciertas previsiones, sin perjuicio de pacto en contrario, acerca de las condiciones exigidas para la rehabilitación. Además del abono de primas atrasadas y, en su caso, de los intereses de demora tiene especial importancia la realización o no de una nueva declaración del riesgo (cuestionario de salud). En este sentido, se propone que, salvo que en la póliza se disponga otra cosa, no será necesaria una nueva declaración del riesgo.

## ARTÍCULO 96. EJERCICIO DEL DERECHO DE RESCATE.

### Redacción vigente

*“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.”*

### Cuestiones analizadas.

Además de corregir los errores materiales de la actual redacción, se propuso al grupo precisar que el derecho de rescate se valorará de acuerdo con las tablas de valores fijadas en la póliza o conforme a los mecanismos que se hubieran establecido para su cálculo en el momento de la suscripción.

Por el grupo se valoró positivamente la propuesta, si bien por parte de uno de sus miembros se planteó la posibilidad de regular el derecho de rescate en como un derecho de carácter dispositivo.

### Propuestas.

- 96.1. Modificar el artículo, precisando que el derecho de rescate se valorará de acuerdo con las tablas o el sistema de determinación de los valores de rescate previstos en la póliza.**



## ARTÍCULO 97. EJERCICIO DEL DERECHO DE ANTICIPO.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

En las propuestas para la reforma no se planteó ninguna modificación. Por parte de un miembro del grupo se propuso que, dado lo infrecuente de este tipo de operaciones, su regulación tuviera carácter dispositivo.

### **Propuestas.**

**97.1. Mantener el artículo con su redacción vigente.**

## **ARTÍCULO 98. SEGUROS DE SUPERVIVENCIA Y TEMPORALES PARA CASO DE MUERTE.**

### **Redacción vigente**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Inicialmente no se plantearon propuestas específicas sobre el contenido de este artículo.

Por un miembro del grupo de trabajo se consideró que el carácter dispositivo que se da en este artículo a los mencionados derechos de reducción, rescate y anticipo para los seguros de supervivencia y temporales para caso de muerte se amplíe para el resto de las modalidades de seguro.

### **Propuestas.**

**98.1. No se formulan propuestas de modificación.**

## ARTÍCULO 99. CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Se planteó al grupo regular la cesión y la pignoración de la póliza en dos artículos independientes, así como aclarar que en cuanto a la revocación del beneficiario en caso de pignoración ésta se limite al importe necesario para hacer frente a los derechos del acreedor pignoraticio.

La propuesta fue valorada positivamente por el grupo.

### **Propuestas.**

**99.1. Aclarar que, en cuanto a la revocación del beneficiario, en caso de pignoración ésta se limite al importe necesario para hacer frente a los derechos del acreedor pignoraticio.**

#### IV. ANÁLISIS DE LAS SECCIONES TERCERA “SEGURO DE ACCIDENTES” Y CUARTA “SEGUROS DE ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA”.

##### ARTÍCULO 100. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE.

###### Redacción vigente.

*“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 uno del artículo 87 son aplicables a los seguros de accidentes.”*

###### Cuestiones analizadas.

Se plantea como cuestión previa que este artículo de la Ley, a diferencia de lo que ocurre con otros seguros, no define propiamente el seguro de accidentes, sino que se centra en dar una definición de accidente, dejando libertad a las partes para delimitar el riesgo en el contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se considera por la mayoría de los miembros del grupo, que se debe dar una redacción más clara al primer párrafo del artículo, y que la definición podría orientarse más hacia el seguro de accidente y no al accidente en sí. También se plantea la posibilidad de introducir ciertas limitaciones temporales, con la finalidad de impedir que puedan incluirse en los contratos determinadas cláusulas de delimitación temporal que perjudiquen los derechos de los asegurados y beneficiarios.

En este sentido, se plantean al grupo las siguientes propuestas de reforma:

- a) Teniendo en cuenta que se trata de un seguro en el que se puede producir una manifestación diferida del siniestro, ya que el fallecimiento o la invalidez derivadas del accidente pueden no producirse de forma inmediata, se propone, con la finalidad de otorgar mayor protección a los asegurados, establecer en la LCS que el contrato de seguro deba prever un periodo no inferior a un año, posterior a la terminación del contrato, durante el cual se cubra el fallecimiento o la invalidez cuando se pueda demostrar el nexo causal entre el hecho que da lugar al daño corporal (accidente) producido durante la vigencia del contrato y el fallecimiento o invalidez manifestado en este periodo adicional. Alternativamente podría fijarse un periodo mínimo de un año desde la producción del accidente para cubrir el fallecimiento o la invalidez, esté o no en vigor la póliza.

- b) Plantear la posibilidad de incluir, en la regulación del seguro de accidentes, otras remisiones a normas reguladoras del seguro de vida, además de las referidas a los artículos 83 a 86 y 87.1, especialmente la referencia al artículo 88, si bien, algunos miembros del grupo de trabajo son de la opinión de que sería preferible regular los derechos del beneficiario del seguro de accidentes en el artículo 102.
- c) Un miembro del grupo propone la posibilidad de delimitar el concepto de accidente para distinguirlo de supuestos en que la lesión se produce como consecuencia de una enfermedad o de una lesión orgánica, aunque sea súbita, como crisis cardíacas o hemorragias cerebrales, si bien se llega a la conclusión de que ello puede delimitarse en el propio contrato, incluso con la definición actual de accidente.

Asimismo, plantea la posibilidad de que los contratos de seguro vinculen el concepto de accidente a la finalidad de la contratación (por ejemplo, seguros que cubren únicamente accidentes ocasionados con motivo de determinadas actividades de ocio y no otros) y para ello se debería dar preferencia a la definición del riesgo contenida en el contrato, aplicándose subsidiariamente la que establezca la ley.

## **Propuestas.**

### **100.1. Incorporar una definición del seguro de accidentes.**

- 1º. Tal definición debería describir los principales elementos del seguro, incluyendo qué se entiende por accidente. Además, debería aclararse en la definición que la invalidez lo es en sentido amplio, y puede ser total o parcial, y temporal o permanente.
- 2º. No parece necesario excluir expresamente las lesiones causadas por enfermedad o por una causa interna, ya que se deduce de la propia definición de accidente que no estarían incluidas.

Respecto a los casos que han planteado dudas, como la muerte por infarto o problemas vasculares producidos de forma súbita y en concurrencia con una causa externa, resulta preferible que se enjuicien atendiendo al caso concreto. En este sentido, debe recordarse que ésta es una cuestión controvertida incluso dentro de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, entre la de carácter civil y la social.

### **100.2. Fijación de un plazo mínimo para determinar el nexo causal entre el accidente y el fallecimiento o la invalidez**

Aun cuando la delimitación del riesgo debe establecerse en el contrato, la ley debe también establecer un plazo mínimo que evite la imposición de un periodo temporal muy breve para reconocer el nexo causal entre el evento

(accidente) y el resultado (fallecimiento o invalidez), teniendo en cuenta que éste se manifiesta en muchos casos de forma diferida. Este plazo debería ser como mínimo de un año desde la producción del accidente.

## ARTÍCULO 101. COMUNICACIÓN DE OTROS SEGUROS DE ACCIDENTES.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

Las propuestas de reforma planteadas al grupo de trabajo fueron las siguientes:

- a) Incorporar como obligado de la comunicación también al asegurado, cuando sea distinto del tomador, aclarando, sin embargo, que las consecuencias del incumplimiento únicamente podrían imputarse al tomador ya que es éste el obligado a la declaración del riesgo.
- b) Debería aclararse que esta obligación recae únicamente sobre contratos de seguro relativos al mismo asegurado, que coincidan temporalmente en su vigencia y que sean semejantes en su cobertura, entendiendo por tales aquellos que coincidan en las delimitaciones del riesgo que se cubre, tanto desde un punto de vista causal como espacial.
- c) Debería aclararse también si el deber de comunicación debe exigirse en el momento de declarar el riesgo o de la conclusión del contrato. En este sentido, si en la proposición de seguro o en el cuestionario preparado por el asegurador no se pregunta por la existencia de otros seguros, debería entenderse que no es exigible la comunicación por parte del tomador.
- c) Por otra parte, tampoco debe ser exigible la obligación de declarar si el asegurador tiene conocimiento de la existencia de los demás contratos por otros medios.

Un miembro del grupo de trabajo hace constar que todos los seguros de accidentes no tienen que tener cobertura de gastos de asistencia sanitaria, sino que es una cobertura opcional. En el caso de cubrirse estos gastos, podría plantearse si la existencia de varios seguros da lugar a la aplicación del artículo 101 o del 32 referido a los seguros de daños.

## **Propuestas.**

**101.1. Limitar el deber de comunicación a seguros de accidentes que cubran riesgos semejantes y cuya vigencia temporal coincida.**

También podría concretarse el momento en que la obligación es exigible.

**101.2. Debe darse por cumplida la obligación cuando el asegurador conozca la existencia de los demás seguros por otros medios.**

Esto incluye la comunicación por el asegurado.

**101.3. Determinar la aplicación de este artículo o del 32 a la cobertura de los gastos de asistencia sanitaria.**



## ARTÍCULO 102. PRODUCCIÓN DOLOSA DEL SINIESTRO.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

- a) Poner de manifiesto que la primera parte del artículo parece innecesaria, ya que en el supuesto descrito no se produciría un accidente.
- b) En relación con el apartado segundo, se plantea que en el caso de que no coincidan tomador y asegurado (sobre todo en los seguros colectivos) si se declara la nulidad de la designación del beneficiario, por causar dolosamente la invalidez o la muerte del asegurado, sería preferible asimilar esta situación a aquélla en la que no se hubiera producido esa designación, por lo que el derecho a percibir la indemnización debería corresponder al propio asegurado (que ha sufrido la lesión corporal), o en caso de muerte de este, a sus herederos legales y solo en defecto de los anteriores al tomador del seguro.
- c) Regular en este artículo los especiales derechos que, en su caso, pudieran corresponder al beneficiario de un seguro de accidentes.

Los miembros del grupo se manifestaron conformes con la primera y tercera de las propuestas, aunque en relación con esta última se propuso la posibilidad de regular la figura del beneficiario de manera total y para todos los seguros de personas en el artículo 92.

La segunda de las propuestas se debatió en el grupo, en especial para el caso de los seguros colectivos, si bien no se alcanzó una conclusión unánime sobre a quién le corresponde el derecho a la indemnización en el caso de la muerte dolosa del asegurado causada por el beneficiario.

### **Propuestas.**

**102.1. Se propone eliminar el apartado primero.**

**102.2. Se propone añadir un nuevo apartado, que regule la figura del beneficiario en los seguros de accidentes.**

Con la siguiente redacción: *“La indemnización que en su caso corresponda al beneficiario de un seguro de accidentes le deberá ser entregada por el asegurador, aún en contra de las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador”*.

## ARTÍCULO 103. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA.

### **Redacción vigente.**

*“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.”*

### **Cuestiones analizadas.**

- a) Aclarar el alcance de las “necesarias asistencias de carácter urgente”, que no pueden excluirse en ningún caso. En concreto, si deben considerarse por analogía con los gastos generales de salvamento que se regula en los preceptos comunes.

Un miembro del grupo hizo especial hincapié en el hecho de que los gastos de salvamento son una cobertura adicional que puede o no contratarse de manera voluntaria y que, por tanto, afectan al importe de la prima. Considerar que todos los gastos de salvamento (sobre todo en accidentes de montaña y de mar) están incluidos de manera ilimitada en el seguro de accidentes traería consigo una alteración importante del equilibrio primas-prestaciones.

Por otro miembro del grupo se recordó que, en todo caso, los gastos de salvamento tienen como límite la suma asegurada.

### **Propuestas.**

- 103.1. Modificar el último inciso en el sentido de concretar que las asistencias de carácter urgente se refieren a los gastos de asistencia sanitaria de esta naturaleza.**

Al margen de los gastos de asistencia sanitaria, que estarán cubiertos en los términos recogidos en la póliza salvo los de carácter urgente que lo estarán en todo caso, la redacción actual y la modificación que se propone no altera lo previsto en el artículo 17 sobre los gastos de salvamento, precepto que por encontrarse en el Título I y no tener una derogación expresa en este seguro debe entenderse que se aplica plenamente al resto de gastos de salvamento distintos de los de asistencia sanitaria.

## ARTÍCULO 104. DETERMINACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ.

### Redacción vigente.

*“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.”*

### Cuestiones analizadas.

- a) La redacción actual parece olvidarse de la existencia de la invalidez temporal y las posibles discrepancias entre el asegurado y el asegurador sobre su consideración. En este sentido, se ha propuesto también hacer referencia expresa a la naturaleza de la invalidez.
- b) Una vez ocurrido el siniestro, el asegurado debe poder presentar cualquier elemento probatorio que le permita demostrar la existencia y valoración de las consecuencias del accidente por lo que no parece adecuado restringir sus posibilidades únicamente a la presentación de un certificado médico. Tampoco pueden reducirse las posibilidades del asegurador de determinar la naturaleza y grado de la invalidez con el citado certificado médico, sin poder acudir a otras investigaciones y peritaciones.

Los miembros del grupo de trabajo se muestran de acuerdo con todo lo que sirva para aclarar y concretar el grado de invalidez. Un miembro del grupo afirma que la invalidez que se cubre en el contrato es la que viene definida en el mismo, desvinculándose en todo caso de la legislación laboral o social. Asimismo reitera que la invalidez es una de las posibles coberturas del seguro de accidentes, pero no la única y puede no contratarse.

### Propuestas.

#### **104.1. Introducir las siguientes precisiones en la redacción actual del artículo:**

- Referencia no sólo al grado sino también a la naturaleza de la invalidez.
- No circunscribir la determinación de la naturaleza y del grado de invalidez sólo al certificado médico, haciendo una referencia más amplia a la documentación necesaria para la justificación de la invalidez.

**104.2. Incluir la exigencia de que la póliza contenga un baremo con una cuantificación precisa de las prestaciones que correspondan a las categorías de invalidez que, en su caso, se cubran.**

<b>ARTÍCULO 105. DEFINICIÓN DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA.</b>
--

**Redacción vigente.**

*“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.”*

**Cuestiones analizadas.**

En las propuestas de reforma presentadas al grupo se incluye:

- a) Unificar la denominación de la sección destinada a regular el seguro de enfermedad y de asistencia sanitaria bajo el epígrafe de “Seguro de enfermedad”.

El riesgo de enfermedad que se cubre es único, independientemente de la forma de cubrirlo y de que la prestación del asegurador pueda adoptar diferentes modalidades (posibilidad contemplada por el artículo 1 de la LCS que establece que la indemnización podrá consistir en indemnizar el daño producido al asegurado, o en satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones que se puedan estipular entre los contratantes). Es decir, en este tipo de seguros se cubre el riesgo de enfermedad, siendo la asistencia sanitaria una de las posibles modalidades que puede adoptar la prestación a satisfacer por el asegurador.

El artículo 6 del TRLOSSP, a la hora de establecer la clasificación por ramos de los distintos riesgos, encuadra el seguro de enfermedad en el ramo 2, entendiéndose comprendida en él la asistencia sanitaria (modalidad que exige una autorización administrativa independiente)

- b) Incorporar una definición del seguro de enfermedad acorde con la definición de los otros seguros contemplados en la Ley, suprimiendo la referencia al desarrollo reglamentario de la prestación de los servicios de médicos, por entender que sea más propia de la normativa supervisora general (TRLOSSP y ROSSP). Tal definición podría venir formulada en los siguientes términos:

*“Por el seguro de enfermedad el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad del asegurado. La indemnización del asegurador podrá consistir en una*

*prestación monetaria, en una prestación de asistencia sanitaria, o en ambas.”*

Respecto de la definición, se produjo un muy amplio debate en cuanto a lo que significa la prestación de asistencia sanitaria por las entidades aseguradoras. Un miembro del grupo señaló que las entidades aseguradoras pueden satisfacer la prestación mediante el abono de la factura al asegurado o bien pagando directamente al médico por cuenta del asegurado, pero que en ningún caso garantizan la prestación sanitaria sino el pago de la misma realizada por un profesional sanitario. Esto es así ya que entre sus actividades sólo pueden realizar las estrictamente aseguradoras y en ningún caso está dentro de sus actividades aquellas que tienen carácter sanitario; desde esta perspectiva, en la definición tiene que quedar claro que la entidad aseguradora no es una prestadora de servicios. Por ello, proponían la siguiente redacción:

*“Por el seguro de enfermedad el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a reparar consecuencias económicas producidas por la necesidad del asegurado de recibir asistencia sanitaria (o atención a su dependencia). La prestación del asegurador podrá consistir en el abono de prestaciones económicas al propio asegurado, en el pago de su actividad a los prestadores de la asistencia sanitaria (o de los cuidados de dependencia) que la aseguradora ponga a disposición del asegurado, o en ambas obligaciones”.*

Sin embargo, por parte de otros miembros del grupo se puso de manifiesto que la obligación de la entidad aseguradora, y lo que constituye el concepto de la indemnización en este tipo de seguros es o bien el abono en efectivo del importe de la indemnización (para reembolsar los gastos médicos en los que ha incurrido el asegurado o para compensar otros daños producidos al asegurado como consecuencia de la enfermedad y del cese de su actividad normal) o bien, garantizar la prestación de la asistencia médica contratada, a través de la puesta a disposición de los asegurados de un cuadro médico.

Asimismo hay que tener en cuenta que cuando se autoriza a las entidades aseguradoras a operar en el ramo de enfermedad, cubriendo el riesgo de asistencia sanitaria, es necesario que la entidad acredite que dispone de los medios necesarios para prestar el servicio, aún cuando dichos medios sean externos. Por ello, se exige una autorización administrativa específica para cubrir el riesgo de enfermedad cuando implica la prestación del servicio de asistencia sanitaria, distinta de la exigida para operar en las demás modalidades del seguro de enfermedad.

Por otra parte, consecuencia de lo anterior es también, que en caso de impago al facultativo por parte de la entidad aseguradora, una vez que éste ha realizado la prestación, si la obligación de la entidad aseguradora consistiese únicamente en el pago al médico por cuenta del asegurado,

éste podría ir en contra del asegurado y eso no ocurre en el seguro de asistencia sanitaria que se comercializa en el mercado español.

Tras el debate, no se logró alcanzar en el grupo de trabajo una posición única, si bien sí fue opinión comúnmente compartida que la entidad aseguradora no presta directamente el servicio sanitario, por lo que la expresión “*si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos*” que se recoge actualmente en el artículo 105 no puede entenderse más que en términos de organización empresarial y gestión de los medios para la prestación de servicios de asistencia sanitaria pero no en el sentido de prestación directa.

### **Propuestas.**

**105.1. Denominar las diferentes modalidades reguladas en la sección 4ª como “Seguro de enfermedad”.**

**105.2. Modificar la actual redacción del artículo sobre el alcance de las coberturas de este seguro más acorde con su naturaleza.**

Se propone la siguiente definición del seguro de enfermedad, que pretende recoger aspectos de las dos redacciones alternativas propuestas:

*“Por el seguro de enfermedad el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a reparar las consecuencias dañosas producidas por la enfermedad del asegurado.*

*La prestación del asegurador podrá consistir en el abono al propio asegurado de prestaciones monetarias, para reembolsar los gastos derivados de la asistencia sanitaria, o como indemnización en el caso de que se produzca la invalidez, total o parcial, temporal o permanente del asegurado como consecuencia de la enfermedad. La prestación podrá consistir también en garantizar al asegurado la prestación de servicios médicos que la aseguradora ponga a su disposición, asumiendo el asegurador directamente el coste de dichos servicios.”*

Alternativamente, podría darse la siguiente redacción:

*“Por el seguro de enfermedad el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad del asegurado.*

*La prestación del asegurador podrá consistir en el abono al propio asegurado de prestaciones monetarias, para reembolsar los gastos derivados de la asistencia sanitaria o como indemnización. La prestación podrá consistir también en facilitar al asegurado el acceso a servicios de asistencia sanitaria puestos a su disposición, asumiendo el asegurador directamente el coste de dichos servicios.”*



Las redacciones pretenden dar una definición genérica del seguro de enfermedad. En el segundo párrafo se ha intentado describir las distintas coberturas que *pueden* contratarse en un seguro de enfermedad, aclarando que en el caso de la asistencia sanitaria el asegurador no es el prestador del servicio, pero asume la obligación facilitar o poner a disposición del asegurado dicha asistencia y no sólo el pago de los servicios a los prestadores, obligación que incluso puede considerarse ajena al contrato de seguro.

No se considera necesario hacer referencia a la posibilidad de incluir distintos tipos de prestaciones en un mismo contrato, dado que es evidente que si pueden contratarse separadamente también pueden combinarse.

### **105.3. Análisis de la posibilidad de atribuir sólo al asegurado el derecho a la oposición a la prórroga del contrato al que se refiere el artículo 22.**

Con ello, en los seguros de enfermedad, se excluiría al asegurador del derecho a oponerse a la prórroga del contrato.

La duración máxima de los contratos y su prórroga está prevista en la parte general de la LCS (artículo 22), con excepciones para los seguros de vida en cuanto sea incompatible con la regulación del seguro de vida.

De forma análoga, podría preverse en la LCS, en beneficio de los asegurados, la prórroga sólo por voluntad del asegurado, para evitar que el asegurador pueda oponerse a la continuación del contrato en relación con asegurados que por su edad o por sus circunstancias de salud supongan un mayor riesgo. Alternativamente, esa limitación al asegurador podría moderarse en función de las causas de oposición o del tiempo en el que el contrato haya estado vigente.

<b>ARTÍCULO 106. APLICACIÓN AL SEGURO DE ENFERMEDAD DE LAS NORMAS DEL SEGURO DE ACCIDENTES.</b>
---

**Redacción vigente.**

*“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.”*

**Cuestiones analizadas.**

Se propuso modificar la redacción de este artículo para adaptarlo a la nueva estructura que adopte la Ley.

Asimismo, al igual que se hizo en relación al artículo 105, se propone eliminar la referencia a la asistencia sanitaria, modalidad incluida en el seguro de enfermedad.

Por parte de un miembro del grupo, se manifestó la dificultad de aplicación del artículo 103 al seguro de enfermedad, ya que es complicado determinar la urgencia o habría que limitarla de algún modo para evitar abusos. Para ello proponen la siguiente redacción del artículo:

*“El seguro de enfermedad quedará sometido a las normas establecidas para el seguro de accidentes en cuanto sean compatibles con aquél.*

*En consonancia con lo previsto en el artículo 103, cuando el seguro de enfermedad cubra el pago de su actividad a los prestadores de la asistencia sanitaria puestos a disposición del asegurado por la propia aseguradora, no podrá excluir el coste de aquellas actuaciones médicas congruentes con el objeto del contrato que el asegurado precise, por su urgencia, con carácter inmediato”*

**Propuestas.**

**106.1. Modificar la redacción del artículo para tener en cuenta la especialidad del seguro de enfermedad en relación con lo previsto en el artículo 103.**

De forma que, en consonancia con lo previsto en el artículo 103, cuando el seguro de enfermedad facilite al asegurado el acceso a servicios de asistencia sanitaria puestos a su disposición por el asegurador, no podrá excluirse el coste de aquellas actuaciones sanitarias que, por su urgencia, el asegurado precise con carácter inmediato.

## REGULACIÓN DEL SEGURO DE DECESOS.

### **Cuestiones analizadas.**

En relación con el seguro de decesos, se propone la regulación en la LCS de sus aspectos esenciales, en los siguientes términos:

- a) Debería definirse el contrato de seguro de decesos como un seguro de prestación de servicios, mediante el que el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, y para el caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado, a prestar los servicios de enterramiento previstos en la póliza, o bien subsidiariamente su coste.
- b) En cuanto a la duración, el contrato de seguro de decesos debería estar exceptuado del límite máximo de diez años previsto en el artículo 22 de la LCS, al ser en la práctica contratos vida entera. Además, y por la misma razón expuesta al tratar los seguros de enfermedad, debería recogerse en la regulación la no extensión al asegurador del derecho de oposición a la prórroga del contrato.
- c) Deberían recogerse en la LCS unas especiales obligaciones de información en cuanto a la variación de los importes de la prima y la valoración económica de los distintos servicios que se garantizan en el contrato, de manera que sean conocidos a la hora de contratar y que pueda renunciarse a la prestación de alguno de dichos servicios a cambio de su indemnización en metálico, si el asegurado quiere que esa concreta prestación se lleve a cabo de forma distinta.

Los miembros del grupo de trabajo se manifestaron conformes con las líneas generales de la propuesta. En opinión de uno de ellos, las posibles obligaciones de información deben estar contenidas en la legislación de supervisión y no en la de contrato de seguro, haciendo hincapié en resaltar que la entidad aseguradora no presta el servicio sino que paga a la prestadora, existiendo libertad de elección de prestadora de servicios sólo limitada en áreas muy pequeñas donde la oferta puede ser reducida.

Respecto a esta última cuestión, otros miembros del grupo manifiestan sus dudas, debido a las posibles integraciones verticales de empresas de servicios funerarios con entidades aseguradoras, que pueden alterar la libre elección de prestadora del servicio.

También se analizó la conveniencia de regular un derecho de rescate, si bien no se entra en este ámbito en la regulación de los aspectos técnico-actuariales del seguro de decesos.

## **Propuestas.**

### **DC.1. Incorporar a la LCS una regulación básica del seguro de decesos como un seguro de prestación de servicios dentro de los seguros de personas.**

La definición de dicho seguro debería señalar que por el seguro de decesos el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, y para el caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado, a prestar los servicios de enterramiento previstos en la póliza, o bien subsidiariamente su coste.

### **DC.2. Recoger en la LCS especiales obligaciones de información del seguro de decesos.**

Esas obligaciones se deben referirse a las posibles modificaciones de la prima y al coste de los distintos servicios garantizados.

### **DC.3. Excluir en los seguros de decesos la duración máxima prevista en el artículo 22 de la LCS y limitar el derecho de oposición a la prórroga del contrato sólo al asegurado.**

La razón de no someterlos a duración máxima está en su posible consideración en la práctica como seguros vida entera.

En cuanto a la exclusión del derecho de oposición a la prórroga para el asegurador, las razones son las mismas que las indicadas en la propuesta 105.3 para el seguro de enfermedad.

## REGULACIÓN DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

### Cuestiones analizadas.

Las propuestas planteadas al grupo en relación a la inclusión del seguro de dependencia en la LCS fueron:

- a) La conveniencia de recoger la cobertura de la dependencia como contenido de la LCS dentro de su Título III, relativo al seguro de personas.
- b) Incorporar una definición de contrato de seguro de dependencia, que abarque las distintas posibilidades de cobertura (pago de capital o renta, reembolso de gastos, prestación de asistencia), planteándose dos posibilidades:
  - 1ª. Definición amplia del contrato de seguro de dependencia que abarque las distintas posibilidades de cobertura y, a continuación, concretar los distintos compromisos que puede asumir la aseguradora.

*De esta forma se podría indicar que por el seguro de dependencia el asegurador se obliga, dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.*

*La prestación de la entidad aseguradora, en caso de siniestro, podrá consistir en el pago de un capital o de una renta al objeto de atender la situación de dependencia durante el periodo de tiempo en que ésta persista, en el reembolso de los gastos en que se incurra para la atención de la situación de dependencia o en facilitar el acceso por parte de la aseguradora a la prestación de los servicios para la atención del asegurado.*

- 2ª. Concretar la cobertura en la propia definición del seguro de dependencia, de forma que se indicase que por el seguro de dependencia el asegurador se obliga, dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, al pago de un capital o de una renta al objeto de atender a la situación de dependencia durante el periodo de tiempo en que ésta persista, al reembolso de los gastos en que se incurra para la atención de la situación de dependencia o a la prestación de los servicios para la atención del asegurado.

- c) Definir la dependencia y delimitarla conforme a los grados que puede presentar. Establecer normas en orden a garantizar un aspecto fundamental de la dependencia y su cobertura, como es la declaración y valoración de la misma.
- d) En relación a estos aspectos, su regulación en la LCS podría relacionarse en cuanto a la definición de algunos de sus aspectos con la regulación de la cobertura pública recogida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Por los miembros del grupo de trabajo se plantearon diferentes cuestiones relativas a si se debía crear un contrato específico o si se podría incorporar como una cobertura propia de los seguros de vida o de enfermedad, apuntándose los problemas que se producirían en este caso por la falta de correspondencia entre los ramos previstos en el TRLOSSP y las modalidades de la Ley de Contrato de Seguro; así como los problemas de remisiones en caso de incorporarse al ramo de enfermedad y por tanto a los artículos 105 y 106.

### **Propuestas.**

Con carácter previo a las propuestas que a continuación se efectúan, procede exponer brevemente la legislación existente sobre la dependencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establece, con carácter de legislación básica, los aspectos esenciales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia desde la perspectiva de su configuración como un servicio público de cobertura universal, consagrando los principios de colaboración entre las diferentes administraciones públicas y la participación de los usuarios en el coste de los servicios. Por lo que a los instrumentos privados de cobertura se refiere, su disposición adicional séptima "Instrumentos privados para la cobertura de la dependencia", dispone: "1. *El Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.* 2. *Con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la presente Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.*"

La Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, introdujo una serie de medidas de fomento fiscal de la cobertura de la dependencia mediante seguros privados y planes de pensiones, modificando la regulación sustantiva de estos últimos.

El proyecto de Ley por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia

(texto publicado por el BOCG Congreso de los diputados 9 de marzo 2007), en su disposición adicional segunda, dedicada al “Regulación relativa al seguro de Dependencia”, dispone:

*"1. La cobertura de la dependencia podrá instrumentarse bien a través de un contrato de seguro suscrito con entidades aseguradoras, incluidas las mutualidades de previsión social, o bien a través de un plan de pensiones.*

*2. La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y dentro de los términos establecidos en la Ley y en el contrato, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.*

*El contrato de seguro de dependencia podrá articularse tanto a través de pólizas individuales como colectivas.*

*En defecto de norma expresa que se refiera al seguro de dependencia, resultará de aplicación al mismo la normativa reguladora del contrato de seguro y la de ordenación y supervisión de los seguros privados.*

*Conforme a lo establecido en el artículo 6 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 61/2004, de 29 de octubre, las entidades aseguradoras deberán contar con la preceptiva autorización administrativa y demás requisitos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora en España en los ramos de vida o enfermedad.*

*Para la cobertura de la contingencia de la dependencia por las mutualidades de previsión social resultará de aplicación lo dispuesto por los artículos 64.65 y 66 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 61/2004, de 29 de octubre, y su normativa reglamentaria de desarrollo.*

*3. Los planes de pensiones que prevean la cobertura de la contingencia de dependencia deberán recogerlo de manera expresa en sus especificaciones. En todo aquello no expresamente previsto resultará de aplicación el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 11/2002, de 29 de noviembre, y su normativa de desarrollo."*

La disposición final segunda del proyecto de Ley efectúa diversas modificaciones en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, como consecuencia de la adscripción de la cobertura del riesgo de dependencia a los ramos de vida y enfermedad y para prever la dependencia entre los riesgos sobre las personas que pueden cubrir las mutualidades de previsión social, en los siguientes términos:

*"El apartado 2 del artículo 6.1.a) queda redactado:*

*2. Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria y la dependencia).*

*Las prestaciones en este ramo pueden ser a tanto alzado, de reparación y mixta de ambos."*

*"El apartado a) del artículo 6.2.A queda redactado:*

*a) El seguro sobre la vida, tanto para caso de muerte como de supervivencia, o ambos conjuntamente, incluido en el de supervivencia el seguro de*

*renta; el seguro sobre la vida con contraseguro; el seguro de nupcialidad, y el seguro de natalidad. Asimismo, comprende cualquiera de estos seguros cuando estén vinculados con fondos de inversión. Igualmente, podrá comprender el seguro de dependencia.*

*“El apartado d) del artículo 6.2.B queda redactado:*

*d) Cuando el ramo complementario sea el de enfermedad, que éste no comprenda prestaciones de asistencia sanitaria o prestaciones de asistencia por dependencia.”*

*“El párrafo primero del artículo 65.1, que queda redactado:*

*En la previsión de riesgos sobre las personas, las contingencias que pueden cubrir son las de muerte, viudedad, orfandad, jubilación, y dependencia y garantizarán prestaciones económicas en forma de capital o renta. Asimismo, podrán otorgar prestaciones por razón de matrimonio, maternidad, hijos y defunción. Y podrán realizar operaciones de seguro de accidentes e invalidez para el trabajo, enfermedad, defensa jurídica y asistencia, así como prestar ayudas familiares para subvenir a necesidades motivadas por hechos o actos jurídicos que impidan temporalmente el ejercicio de la profesión.”*

En atención a todo lo anterior se efectúan las siguientes propuestas:

**DP.1. Incluir el seguro de dependencia como una modalidad de seguro a regular en la LCS.**

Su ubicación debe ser en el Título III, relativo al seguro de personas, como un capítulo o sección independiente. Ello con independencia de que en la normativa de control proyectada sobre el seguro de dependencia no se configura como ramo, sino como riesgo objeto de cobertura que se adscribe a ramos de seguros ya existentes, como son vida o enfermedad (en este último caso bien mediante el reembolso de los gastos en que se incurra para la atención de la situación de dependencia, o bien mediante la prestación de los servicios idóneos para la atención al dependiente; sistema que se adecua al régimen existente en la actualidad para la cobertura de enfermedad).

**DP.2. Incorporar una definición de contrato de seguro de dependencia.**

La definición debe abarcar las distintas posibilidades de cobertura y, por tanto, los distintos compromisos que asume el asegurador (pago de capital o renta, reembolso de gastos, prestación de asistencia). En este sentido procedería el análisis de las dos alternativas de definición sometidas al grupo de trabajo, a las que antes se ha hecho referencia, así como la coordinación con el apartado 2 de la disposición adicional segunda del proyecto de Ley por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia, a la que igualmente se ha hecho referencia.



### **DP.3. La definición del contrato debería completarse con una definición de la dependencia y normas básicas de protección a los asegurados en relación con aspectos básicos como la declaración y valoración de la misma.**

En relación a estos elementos, quizá su regulación en la LCS podría tener como referencia, en la medida de lo conveniente, la regulación de estos aspectos básicos en la reciente normativa de cobertura pública.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Definición de dependencia (artículo 2.2 de la Ley 39/2006):

*"Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal."*

Definición de actividades básicas de la vida diaria (artículo 2.3 de la Ley 39/2006):

*"Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas."*

Grados de dependencia (artículo 26 de la Ley 39/2006):

*"1. La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:*

*a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.*

*b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.*

*c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.*

*2. Cada uno de los grados de dependencia establecidos en el apartado anterior se clasificarán en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.*

*3. Los intervalos para la determinación de los grados y niveles se establecerán en el baremo al que se refiere el artículo siguiente."*

Valoración de la dependencia (artículo 27 de la Ley 39/2006):

*"1. Las Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El Consejo Territorial deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas que, en todo caso, tendrán carácter público.*

*2. El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.*

*3. El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.*

*4. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.*

*5. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas."*



## COMPARACIÓN ENTRE LA REDACCIÓN ACTUAL DEL TÍTULO III DE LA LCS Y LA REDACCIÓN QUE SE DERIVA DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA

**Nota:** Las propuestas de redacción alternativa contenidas en este cuadro tienen como único objetivo aclarar el sentido de las propuestas incorporadas al informe presentado a la Junta Consultiva de Seguros y Fondos de Pensiones sobre la reforma de la LCS, sin que constituyan una propuesta de anteproyecto de Ley.

LEY 50/1980, DE 8 DE OCTUBRE, DE CONTRATO DE SEGURO	REDACCIÓN CONFORME A LAS PROPUESTAS DE REFORMA CONTENIDAS EN EL INFORME
<p><b>Artículo 80</b></p> <p>El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado.</p>	<p><b>Definición del contrato de seguro sobre las personas.</b></p> <p>Igual.</p>
<p><b>Artículo 81</b></p> <p>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.</p>	<p><b>Seguro de grupo.</b></p> <p>[Incorporación al título I (artículo 7)]</p>
<p><b>Artículo 82</b></p> <p>En los seguros de personas el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede</p>	<p><b>Subrogación del asegurador en los seguros de personas.</b></p> <p>En los seguros de personas el asegurador, aun después de <u>satisfecha la prestación</u>, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Información previa a la celebración del contrato de seguro de vida.<sup>4</sup></b></p> <p style="text-align: center;"><u>Antes de la celebración de cualquier contrato de seguro sobre la vida, además de la información previa prevista en el artículo [ ], se deberá hacer entrega al tomador del seguro de una nota informativa redactada de forma clara y precisa, con el siguiente contenido:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Con carácter general para todos los seguros de vida:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <u>Definición de las coberturas y opciones ofrecidas.</u></li> <li>b) <u>Duración del contrato.</u></li> <li>c) <u>Condiciones, plazos y vencimientos de las primas, con indicación de las primas relativas a cada garantía, ya sea principal o complementaria.</u></li> <li>d) <u>Importe, base de cálculo y periodicidad de todos los gastos inherentes a la operación.</u></li> <li>e) <u>Modalidades y plazo para el ejercicio de la facultad de rescisión a que se refiere el artículo [83.a)].</u></li> <li>f) <u>Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable.</u></li> </ol> </li> <li><b>2. Para los seguros con participación en beneficios técnicos o financieros, los métodos de cálculo y asignación.</b></li> </ol>

<sup>4</sup> Contenido adaptado del artículo 105 "Deber particular de información en el caso de los seguros sobre la vida", apartado 1.

3. Indicación de los valores de rescate y de reducción y naturaleza de las garantías correspondientes; en el caso de que éstas no puedan ser establecidas exactamente, indicación del sistema de determinación de los valores, así como de los valores mínimos, de modo que el tomador pueda conocer en todo momento el correspondiente valor de rescate o de reducción.

4. En los contratos de capital variable, definición de las características de las unidades de cuenta a las que están sujetas las prestaciones, sus valores iniciales, e indicación de los activos representativos.

5. En los contratos con rentabilidad garantizada en función de las inversiones asignadas, el rendimiento mínimo garantizado, incluyendo información sobre el tipo de interés mínimo garantizada y su duración.

#### **Información a suministrar durante la vigencia del contrato.<sup>5</sup>**

1. Durante todo el período de vigencia del contrato de seguro sobre la vida, el asegurador deberá informar por escrito al tomador del seguro de las modificaciones de la información inicialmente suministrada en los párrafos [...] del artículo anterior.

2. En caso de emitirse un suplemento de póliza o de modificarse la legislación aplicable al contrato, el tomador del seguro deberá recibir toda la información contenida en los párrafos [...] del artículo anterior.

3. Con periodicidad anual el tomador del seguro deberá recibir la información relativa a la situación de su participación en beneficios.

Para los contratos cuyas garantías estuvieran expresadas en unidades de cuenta, los valores de estas unidades de cuenta y su evolución anual desde la suscripción del contrato.

<sup>5</sup> Contenido adaptado del artículo 105 "Deber particular de información en el caso de los seguros sobre la vida", apartados 2, 3 y 4.

	<p><u>Para los seguros en que la rentabilidad garantizada está en función de las inversiones asignadas, el tipo medio de rendimiento de los activos.</u></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Contenido de la póliza de seguro de vida.</b></p> <p><u>Además de lo señalado en el artículo [8], la póliza de seguro de vida contendrá las indicaciones recogidas en el artículo [información previa a la celebración del contrato].</u></p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 83</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Seguro de vida.</b></p> <p>1. 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.</p> <p>El seguro sobre la vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, así como sobre una o varias cabezas.</p> <p>2. 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.</p> <p>Si el asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.</p> <p>3. 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.</p>

<p>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.</p> <p>Si el asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.</p> <p>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.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 83.a)</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Derecho de desistimiento del tomador.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>

<p>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.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 84</b></p> <p>El tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del asegurador.</p> <p>La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Designación de beneficiario</b></p> <p>1. El tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del asegurador.</p> <p>2. La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento.</p> <p><u>3. En los contratos de seguro de vida donde simultáneamente se cubra el riesgo para caso de muerte y para caso de supervivencia, si existe designación de beneficiario, ésta deberá hacerse de forma expresa para cada uno de los riesgos asegurados</u></p> <p>4. 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.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 85</b></p> <p>En caso de designación genérica de los hijos de una persona como beneficiarios, se entenderán como</p>	<p style="text-align: center;"><b>Reglas en caso de designación genérica de beneficiario.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>



<p>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.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 86</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Designación de varios beneficiarios.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 87</b></p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;"><b>Revocación del beneficiario designado.</b></p> <p>El tomador del seguro puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. <u>La revocación podrá hacerse en cualquiera de las formas previstas para la designación en el artículo [84]; no obstante, la designación realizada en testamento</u></p>

<p>forma establecida para la designación.</p> <p>El tomador perderá los derechos de rescate, anticipo, reducción y pignoración de la póliza si renuncia a la facultad de revocación.</p>	<p><u>deberá revocarse en testamento.</u></p> <p>El tomador perderá los derechos de rescate, anticipo, reducción y pignoración de la póliza si renuncia a la facultad de revocación.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 88</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Pago de la prestación al beneficiario.</b></p> <p>1. 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.</p> <p>2. Cuando <u>haya sido declarada la apertura de la fase de liquidación en un procedimiento concursal, respecto al tomador, los administradores concursales</u> podrán exigir al asegurador la reducción del seguro.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 89</b></p> <p>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.</p> <p>Se exceptúa de esta norma la declaración</p>	<p style="text-align: center;"><b>Reticencia e inexactitud en las declaraciones de riesgo. Indisputabilidad.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>

<p>inexacta relativa a la edad del asegurado, que se regula en el artículo siguiente.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 90</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Declaración inexacta de la edad.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 91</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Riesgos excluidos.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 92</b></p> <p>La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta</p>	<p style="text-align: center;"><b>Fallecimiento del asegurado causada dolosamente por el beneficiario.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>

<p>integrada en el patrimonio del tomador.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 93</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Riesgo de suicidio del asegurado.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 94</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Derechos de rescate y reducción.</b></p> <p style="text-align: center;">[Su contenido, modificado, se incorpora al artículo propuesto sobre contenido específico de las pólizas de seguros de vida.]</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 95</b></p> <p>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 dos 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.</p> <p>La reducción del seguro se producirá igualmente cuando lo solicite el tomador, una vez transcurrido aquel plazo.</p> <p>El tomador tiene derecho a la rehabilitación de la</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ejercicio del derecho de reducción.</b></p> <p>1. 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 dos 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 <u>o sistema de determinación de los valores de reducción previstos en la póliza.</u></p> <p>2. La reducción del seguro se producirá igualmente cuando lo solicite el tomador, una vez transcurrido aquel plazo.</p>

<p>póliza, en cualquier momento, antes del fallecimiento del asegurado, debiendo cumplir para ello las condiciones establecidas en la póliza.</p>	<p>3. El tomador tiene derecho a la rehabilitación de la póliza, en cualquier momento, antes del <u>acaecimiento del siniestro</u>, debiendo cumplir para ello las condiciones establecidas en la póliza. <u>Salvo que en la póliza se disponga otra cosa, no será necesaria una nueva declaración del riesgo.</u></p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 96</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ejercicio del derecho de rescate.</b></p> <p>El tomador que haya pagado las dos primeras anualidades de la prima <u>o</u> la que corresponda <u>al</u> plazo inferior previsto en la póliza podrá ejercitar el derecho de rescate mediante a la oportuna solicitud, conforme a las tablas <u>o sistema de determinación de los valores de rescate previstos en la póliza.</u></p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 97</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ejercicio del derecho de anticipo.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 98</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Seguros de supervivencia y temporales para caso de fallecimiento.</b></p> <p style="text-align: center;">Igual.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Artículo 99</b></p> <p>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.</p> <p>Si la póliza se emite a la orden, la cesión o pignoración se realizarán mediante endoso.</p> <p>El tomador deberá comunicar por escrito fehacientemente al asegurador la cesión o pignoración realizada.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Cesión de la póliza.</b></p> <p>El tomador podrá, en cualquier momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya sido designado beneficiario con carácter irrevocable.</p> <p>La cesión de la póliza implica la revocación del beneficiario; la pignoración de la póliza implica la revocación del beneficiario <u>hasta el importe necesario para hacer frente a los derechos del acreedor pignoraticio.</u></p> <p>Si la póliza se emite a la orden, la cesión o pignoración se realizarán mediante endoso.</p> <p>El tomador deberá comunicar por escrito fehacientemente al asegurador la cesión o pignoración realizada.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 100</b></p> <p>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.</p> <p>Las disposiciones contenidas en los artículos 83 a 86 del seguro de vida y en el párrafo uno del artículo 87 son aplicables a los seguros de accidentes.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Seguro de accidentes.</b></p> <p><u>1. Por el seguro de accidentes, el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a indemnizar, mediante el pago de una suma determinada, los daños producidos por una lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez, temporal o permanente, total o parcial, o muerte.</u></p> <p><u>La póliza de seguro de accidentes recogerá la delimitación temporal de la cobertura, fijando un plazo de, al menos, un año desde el accidente.</u></p> <p>2. Las disposiciones contenidas en los artículos 83 a 86 del seguro de vida y en el párrafo uno del artículo 87 son aplicables a los seguros de accidentes.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Artículo 101</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Comunicación de otros seguros de accidentes.</b></p> <p>1. El tomador debe comunicar al asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona, <u>por los mismos riesgos y cuya vigencia sea coincidente.</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Se entenderá cumplida la anterior obligación cuando el asegurador pudiera conocer la existencia de los contratos por cualquier otro medio.</u></p> <p>2. 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.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 102</b></p> <p>Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Beneficiario del seguro de accidentes.</b></p> <p>1. <u>La indemnización que, en su caso, corresponda al beneficiario de un seguro de accidentes le deberá ser entregada por el asegurador, aún en contra de las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador.</u></p> <p>2. 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.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Artículo 103</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Cobertura de los gastos de asistencia sanitaria.</b></p> <p>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 <u>los gastos de asistencia sanitaria</u> de carácter urgente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 104</b></p> <p>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 treinta y ocho.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Determinación del grado de invalidez.</b></p> <p><u>1. La póliza de seguro de accidentes contendrá un baremo con una cuantificación precisa de las prestaciones que correspondan a las categorías de invalidez que, en su caso, se cubran.</u></p> <p><u>2. La determinación de la naturaleza y grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación de la documentación necesaria para su justificación.</u> El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con la invalidez que deriva del accidente y del baremo fijado en la póliza.</p> <p><u>3. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente a la naturaleza y grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme al artículo 38.</u></p>
<p style="text-align: center;"><b>Artículo 105</b></p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;"><b>Seguro de enfermedad.</b></p> <p><u>Por el seguro de enfermedad el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a reparar las consecuencias económicas</u></p>



<p>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.</p>	<p><u>producidas por la enfermedad del asegurado.</u></p> <p><b>Opción 1:</b>  <u>La prestación del asegurador podrá consistir en el abono al propio asegurado de prestaciones monetarias, para reembolsar los gastos derivados de la asistencia sanitaria, o como indemnización en el caso de que se produzca la invalidez, total o parcial, temporal o permanente del asegurado como consecuencia de la enfermedad. La prestación podrá consistir también en garantizar al asegurado la prestación de servicios médicos que la aseguradora ponga a su disposición, asumiendo el asegurador directamente el coste de dichos servicios.</u></p> <p><b>Opción 2:</b>  <u>La prestación del asegurador podrá consistir en el abono al propio asegurado de prestaciones monetarias, para reembolsar los gastos derivados de la asistencia sanitaria o como indemnización. La prestación podrá consistir también en facilitar al asegurado el acceso a servicios de asistencia sanitaria puestos a su disposición, asumiendo el asegurador directamente el coste de dichos servicios.</u></p> <p><b>Prórroga del contrato de seguro de enfermedad.</b></p> <p><u>En el seguro de enfermedad, la oposición a la prórroga del contrato prevista en el artículo 22 sólo podrá ser ejercida por el tomador.</u></p>
<p><b>Artículo 106</b></p> <p>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.</p>	<p><b>Aplicación al seguro de enfermedad de las normas del seguro de accidentes.</b></p> <p>El seguro de enfermedad quedará sometido a las normas <u>establecidas para el seguro de accidentes</u> en cuanto sean compatibles <u>con aquél.</u></p> <p>Cuando el seguro de enfermedad <u>[garantice al asegurado la prestación de los</u></p>

	<p><u>servicios de asistencia sanitaria] / [facilite el acceso a servicios de asistencia sanitaria] que el asegurador ponga a su disposición, no podrá excluirse el coste de aquellas actuaciones sanitarias que, por su urgencia, el asegurado precise con carácter inmediato.</u></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Seguro de decesos.</b></p> <p><u>Por el seguro de decesos el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, y para el caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado, a prestar los servicios de enterramiento previstos en la póliza, o bien subsidiariamente su coste.</u></p> <p style="text-align: center;"><b>Prórroga del contrato de seguro de decesos.</b></p> <p><u>En el seguro de decesos, la oposición a la prórroga del contrato prevista en el artículo 22 sólo podrá ser ejercida por el tomador.</u></p> <p style="text-align: center;"><b>Contenido de la póliza de seguro de decesos.</b></p> <p><u>Conforme a lo previsto en el artículo [8], la póliza de seguro de decesos contendrá las indicaciones necesarias sobre la forma de comunicar la variación de los importes de la prima en función de la variación del coste de los servicios que se garantizan en el contrato.</u></p> <p><u>La póliza deberá prever la forma en que podrá solicitarse la sustitución de la prestación del servicio de enterramiento a cambio de su indemnización en metálico.</u></p>