

**NOCIONES GENERALES SOBRE
EL CONTRATO DE SEGURO
- CAPÍTULO V -**

Por

D. JOSÉ LUIS MAESTRO
Inspector de Finanzas del Estado. D.G.S.

Sumario

I. Los Seguros de Personas. II. El Seguro sobre la Vida: Concepto, Clases y Características Especiales. III. Los Beneficiarios. IV. La Selección de los Riesgos. V. Los Valores Garantizados.

I. LOS SEGUROS DE PERSONAS

Según el artículo 80 de la Ley de Contrato de Seguro, el seguro de personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado. La característica común de todos estos seguros, aparte el hecho de que el objeto del seguro es la persona del asegurado, estriba en que la obligación principal del asegurador no tiene por objeto específico la reparación de un daño, sino una serie de prestaciones cuyo contenido económico es ajeno a la noción de aquél, e independiente, por tanto, del posible perjuicio económico que pueda resultar de la realización del evento aleatorio previsto en el contrato.

Así pues, los seguros de personas no tienen por finalidad la reparación de un daño, lo que, en ciertas modalidades, como el seguro para caso de vida, es de toda evidencia, dado que la supervivencia no puede calificarse como daño. Pero, incluso en aquellas otras modalidades en que los tomadores pueden tener en cuenta, al contratar el seguro, la eventualidad de un acontecimiento dañoso, así como la compensación de los efectos económicos que su producción puede acarrear, el asegurador no toma en consideración estos motivos que quizá impulsen a contratar al tomador, y, en consecuencia, para él no existe otra consideración, a la hora de fijar el precio de la cobertura, que el de la suma a satisfacer en caso de siniestro, la cual se pagará en su integridad en todo caso, con independencia de cualquier referencia a la noción de daño. Por eso, los seguros de personas cubren

siempre el riesgo de producción de un siniestro total y no están sometidos al principio indemnizatorio, propio de los seguros de daños. Esto sucede incluso en los seguros de accidentes, donde, aun cuando la gravedad del accidente es variable, el siniestro sigue siendo total dentro de cada una de las modalidades de cobertura ofrecidas por el asegurador, de acuerdo con los baremos de indemnización que maneje; así, en caso de pérdida de un miembro por el asegurado, el asegurador pagará la totalidad de la suma establecida para tal eventualidad, sin que quepa la posibilidad de siniestro parcial; al contrario de lo que ocurre en los seguros de daños, en que la indemnización se halla en razón del daño realmente sufrido por el objeto asegurado, el cual puede adoptar infinitos valores entre cero y el límite de la suma asegurada.

No han faltado los esfuerzos dirigidos a conferir también naturaleza indemnizatoria a los seguros de personas, sobre la base de que también en ellos hay un interés del beneficiario a la no realización del daño, en un intento de hacer válida para tales seguros la definición de interés de la que se hace uso en los seguros de cosas; en tal caso, también en los seguros de personas habría un interés asegurable, que constituiría el objeto del seguro, aun cuando se tratara de un interés difícilmente valuable, que ha de valorarse de formaalzada, como sucede con las pólizas estimadas a que se refiere el artículo 28 de la Ley. Sin embargo, esta atribución de un valor alzado al interés no deja de ser artificiosa: al fin y al cabo, el asegurador no exige prueba alguna al beneficiario del daño que le haya podido causar el siniestro; precisamente, porque el seguro no es indemnizatorio, sino que se trata de una simple promesa de capital, que se pagará en todo caso, y en su totalidad, cuando se produzca el hecho previsto en la póliza. Las consecuencias de que los seguros de personas no tengan por objeto la indemnización de un daño, pueden resumirse en las siguientes:

a) La suma asegurada, que se halla fijada en la póliza, constituye la única medida de la prestación que ha de pagar el asegurador en caso de siniestro: no sólo es que, como dice el artículo 27 de la Ley, represente el límite máximo a pagar por el asegurador en cada siniestro, sino que, en cualquier caso, y al no tratarse de reparar el daño efectivamente producido, se va a pagar íntegramente cuando aquél se produzca.

b) Como la suma asegurada se estipula libremente por las partes, sin atención al valor del interés asegurable, no puede haber sobreeseguro. Por la misma razón, no resultan aquí de aplicación todas las cautelas establecidas por la Ley en relación con el seguro cumulativo, sino que el asegurado puede

hallarse cubierto por tantos seguros como crea convenientes; con independencia de que los aseguradores, para combatir la especulación y para hacerse una idea cabal del riesgo que asumen, imponen convencionalmente al tomador que efectúe una declaración acerca de los seguros que cubren al asegurado.

c) Ausencia de subrogación del asegurador contra el tercero causante del daño, porque el asegurador no puede alegar los perjuicios que aquél le ha podido inferir al hacerle pagar la indemnización al asegurado, ya que ésta es función del daño sufrido por el mismo; y aquí, como se ha indicado, no existe daño, ni puede decirse que la realización del riesgo le irroge perjuicio alguno, porque el capital asegurado es la contrapartida de las primas recibidas; así, en el seguro para caso de muerte, el asegurador toma a su cargo todos los riesgos de fallecimiento, cualquiera que sea la causa que lo produzca, y, a la vista de la probabilidad de que aquél se produzca, fija la prima. La eventualidad de que la muerte se presente como consecuencia de acto u omisión por parte de tercero ya entra dentro de sus previsiones, puesto que las tablas de mortalidad, a partir de las cuales determina la probabilidad de fallecimiento, tienen también en cuenta la producción de muertes por causas no naturales.

d) Como consecuencia de lo expuesto en la letra b), un mismo beneficiario puede aprovecharse de la acumulación de varias prestaciones: tantas como correspondan a los diversos seguros suscritos en relación con el riesgo que gira sobre la cabeza del mismo asegurado.

Las características antes enunciadas se encuentran recogidas, al menos de manera parcial, en el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro, a cuyo tenor el asegurador, en los seguros de personas, no podrá, aun después de pagada la indemnización, subrogarse en los derechos que correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro; aunque exceptúe de esta regla a los gastos relativos a la prestación de asistencia sanitaria.

Los contratos de seguros de personas pueden celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o un grupo de ellas; estos últimos constituyen la modalidad de los seguros colectivos o de grupo, que se caracterizan porque en ellos hay una pluralidad de asegurados, cuya cobertura se instrumenta mediante un único contrato, lo que determina que por parte del asegurador haya tantos compromisos como personas compongan el grupo asegurado. En su formación han sido parte el tomador,

seguros sobre la vida, que hace referencia a la naturaleza del riesgo cubierto. De acuerdo con dicho criterio, podríamos establecer la siguiente clasificación básica:

a) Seguros para caso de muerte: son aquellos en que el asegurador, a cambio de la prima, se obliga a pagar una cierta suma a la muerte del asegurado. Las modalidades básicas de este seguro son:

a.1) Seguro de vida entera: el asegurador se obliga a pagar un capital a la muerte del asegurado, cualquiera que sea el momento en que ésta suceda. Puede contratarse a prima única o a primas periódicas, que pueden ser vitalicias o temporales, pero que suelen ser constantes a lo largo de todo el período de pago.

a.2) Seguro temporal: En este seguro el asegurador se obliga, a cambio de una prima, a pagar una cierta suma si el asegurado fallece dentro de un período determinado, de modo que si sobrevive al término de ese período, el asegurador no tendrá que pagar nada. El contrato suele celebrarse a primas anuales, que, en principio, irán creciendo con la edad del asegurado; pero si se estipula una duración de varios años, puede cobrarse una prima nivelada, constante.

b) Seguro para caso de vida: es aquel por el que el asegurador se obliga, a cambio de una prima, a pagar una suma en una fecha determinada, si en ese momento el asegurado todavía está vivo. Hay dos modalidades básicas:

b.1) Seguro de capital diferido: cuando la prestación del asegurador en caso de que el asegurado sobreviva a una fecha determinada consiste en el pago de un capital. La prima puede ser única o periódica, en cuyo caso el período de pago de primas es igual o inferior al de duración del seguro. Si el asegurado muere antes de la fecha prevista en el contrato, el asegurador quedará liberado de toda prestación; y el tomador, si se han pactado primas periódicas, quedará liberado del pago de primas.

b.2) Seguro de renta en caso de vida: es análogo al anterior, con la diferencia de que la prestación del asegurador consiste en el pago de una renta temporal o vitalicia, en lugar de un capital. La renta puede ser inmediata o diferida; en el primer caso se contrata a prima única, mientras que la renta diferida puede contratarse a prima única o a primas periódicas, siempre, generalmente, que el período de pago de primas finalice antes de que se empiece a pagar la renta.

que actúa en interés del grupo, y el asegurador, que se obliga a cubrir los riesgos que afectan a los integrantes del grupo asegurado, en las condiciones previstas en la póliza; pero el seguro, o, más bien, el contrato, no deviene definitivo sino por la adhesión al mismo de las personas sobre las que gira el riesgo, y cuya voluntad de formar parte del grupo asegurado se manifiesta mediante la firma del correspondiente boletín de adhesión. La Ley, a fin de evitar la antiselección que, de otra forma, podría producirse en el grupo asegurado, exige que esa se halle delimitado por alguna característica común a todos los que forman parte del mismo, que debe ser extraña al simple propósito de asegurarse.

II. EL SEGURO SOBRE LA VIDA: CONCEPTO, CLASES Y CARACTERÍSTICAS PECULIARES

La Ley de Contrato de Seguro no contiene ninguna definición del seguro sobre la vida, limitándose a disponer, en su artículo 83, que aquel puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia, o para ambos conjuntamente. A falta de una definición legal, a diferencia de lo que sucede con las demás clases de contratos regulados por la Ley, el contrato de seguro sobre la vida podría definirse como aquel por el que el asegurador, a cambio de una prima, se obliga a pagar al tomador, o al tercero por él designado, una suma determinada (capital o renta) en caso de muerte del asegurado, o de que éste sobreviva a un momento determinado. En esta definición aparecen las tres personas que, además del asegurador, pueden verse afectadas por la existencia del contrato, o que, al menos pueden tener cierta relación con el mismo: el tomador, que es parte en el contrato y a quien, como sabemos, corresponden los deberes derivados del mismo, salvo los derechos específicos que la Ley le concede en esta clase de contratos y a los que más adelante nos referiremos; el asegurado, que es la persona expuesta al riesgo o, según clásica expresión, la persona sobre cuya cabeza gira el riesgo; y el beneficiario, que es el llamado a percibir la prestación del asegurador en caso de siniestro, esto es, en caso que se produzca el evento previsto en la póliza en relación con la persona del asegurado.

- Clases.

Cuando el artículo 83 dispone, además de que el contrato pueda estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, que el riesgo cubierto puede referirse a la muerte, a la supervivencia o a ambas conjuntamente, establece el criterio más importante para efectuar una división de los

c) Seguros mixtos. Son aquéllos que combinan, en un solo contrato, un seguro para caso de muerte y otro para caso de vida. Las modalidades básicas son:

c.1) Seguro mixto ordinario: es el contrato por el que el asegurador se obliga, a cambio de una prima, a pagar una suma determinada, bien a la muerte del asegurado, si éste fallece dentro de cierto periodo, bien si sobrevive al mismo, en el momento en que tal supervivencia se produzca.

c.2) Seguro a término fijo: es el contrato por el que el asegurador, a cambio de una prima, se obliga a pagar, en fecha fija, una suma determinada, bien al asegurado, si vive, bien a un tercero, en caso contrario. El contrato debe ser necesariamente a primas periódicas, ya que su aleatoriedad depende, precisamente, del pago de primas, del que el tomador se liberará si el asegurado muere antes de la fecha prevista en el contrato.

- Características peculiares.

Además de lo antes indicado en relación con la no aplicación al seguro de vida del principio indemnizatorio, en razón de que con este tipo de seguros no se pretende la reparación del daño sufrido por el asegurado, sino el abono de una suma en caso de siniestro, el seguro de vida tiene unas características peculiares que lo singularizan respecto de los demás contratos de seguro, y que hacen referencia, sobre todo, a las personas interesadas en la conclusión del contrato o relacionadas con el mismo. Estas personas son, además del asegurador, el tomador, el asegurado o el beneficiario, cuya intervención en el contrato queda reconocida por la Ley, tanto en el artículo 83, cuando habla de la posibilidad de estipular el contrato sobre la vida propia o la de un tercero, (caso este en que el asegurado es distinto del tomador), como en los artículos 84 y siguientes, relativos a los beneficiarios, en cuanto incumbe a la posibilidad de que los beneficios del seguro reviertan sobre una persona distinta del tomador. Como se ha indicado en otro lugar el tomador es la persona que contrata con el asegurador y que, por lo tanto, al igual que aquél, ha sido parte en el contrato; y sobre quien, a tenor del artículo 7 de la Ley, recaen los deberes que dimanar de contrato. Asegurado es la persona expuesta al riesgo, y cuyo fallecimiento o supervivencia dará lugar al pago de la suma asegurada. Beneficiario, por último, es la persona designada en el contrato que, sin haber sido parte en el mismo, tiene derecho a percibir la suma asegurada cuando se realice el riesgo que gira sobre la cabeza del asegurado.

Del beneficiario y de su régimen jurídico nos ocuparemos en el epígrafe siguiente. En éste nos referiremos al asegurado y a su relación con el tomador, y haremos referencia a los requisitos que la Ley exige para que pueda contratarse el seguro sobre la vida de un tercero; materia ésta regulada por el artículo 83, en sus párrafos segundo, tercero y cuarto. A tenor del precepto citado, 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; lo que es lógico, dado que si el seguro se contrata sobre la cabeza de otra persona, que no es parte en el contrato, no cabe olvidar que aquélla desempeña en el mismo un papel fundamental, ya que es su vida la que se asegura; lo que, si el seguro es para caso de vida, no tiene demasiada importancia, pero que sí puede tenerla cuando lo que se asegura es su fallecimiento, puesto que el tomador del seguro y, más probablemente, el beneficiario, pueden tener interés en que aquél se produzca; de ahí que se exija el consentimiento del asegurado para suscribir un contrato de este tipo. La Ley, no obstante, contempla una excepción a la regla general de prestación de consentimiento escrito por parte del asegurado, cual es la de que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro, en cuyo caso esa presunción supliría la ausencia de consentimiento expreso.

Además de lo expuesto en el párrafo anterior, relativo a la prestación, con carácter general, de consentimiento por parte del asegurado, la Ley prevé el caso especial del seguro para caso de muerte concertado sobre la cabeza de un menor de edad, en cuyo supuesto no basta con el simple consentimiento del asegurado, sino que se precisa, además, la autorización por escrito de sus representantes legales. La Ley, por otra parte, prohíbe en todo caso el seguro para caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años y de incapacitados; prohibición ésta que es usual en todos los ordenamientos sobre contrato de seguro de vida, y que responde al deseo del legislador de evitar los abusos que podrían producirse en caso contrario, por constituir en cierto modo el seguro sobre la cabeza de un menor de la edad indicada una especie de inducción al infanticidio. En cambio, tales prohibiciones no existen ni tienen razón de ser en aquellos otros seguros en que el riesgo cubierto es el de supervivencia. Incluso los seguros de supervivencia con contraseguro, en cuya virtud, si el asegurado muere, el asegurador deberá devolver las primas percibidas, no se verán afectados por tales prohibiciones, dado el carácter necesario del contraseguro respecto del seguro principal.

III. LOS BENEFICIARIOS

Como se ha indicado anteriormente, beneficiario es la persona que, sin ser parte en el contrato, pero hallándose designada como tal en el mismo, tiene el derecho a percibir la prestación prometida por el asegurador en el caso en que se produzca el evento previsto en la póliza. La designación del beneficiario en el contrato puede tener una causa gratuita u onerosa, según se pretenda con la misma hacer una simple liberalidad sin contrapartida alguna para el tomador, que es quien designa al beneficiario, o que el nombramiento de éste se efectúe a título de contraprestación o suponga para el tomador un sacrificio de índole económica al que se ve compelido como consecuencia de alguna relación jurídica obligatoria. En este último caso, el seguro de vida constituye una garantía contra la posible insolvencia del deudor, y, en consecuencia, la designación de beneficiario se hace a favor del acreedor.

El derecho de designar beneficiario corresponde al tomador, y sólo puede ser ejercitado por el mismo, sin que pueda serlo por sus acreedores por medio de la acción subrogatoria regulada en el artículo 1111 del Código Civil. En este sentido, el artículo 84 de la Ley dispone que el tomador del seguro podrá designar beneficiario o revocar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del asegurador. La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, o en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador, o en testamento. Es decir, que la referida designación podrá efectuarse tanto en el momento de la conclusión del contrato como en cualquier otro momento posterior, siempre que el contrato no haya llegado a su vencimiento. En el caso antes citado de designación de beneficiario con causa onerosa, nada impide que, junto al beneficiario designado con el fin de garantizar su crédito, se designe también a otro, a título gratuito, a quien podrá corresponder la porción de suma asegurada no absorbida por el crédito del que el primero es titular, siempre y cuando el capital asegurado supere al importe de aquél.

La designación del beneficiario en la póliza no es un acto de naturaleza contractual, puesto que no exige la conformidad del asegurador y depende, únicamente, de la voluntad del tomador; es un acto unilateral, del mismo modo que la revocación. Esta forma de designación es la más usual, aun cuando el hecho de que el tomador pueda designar beneficiario en cualquier momento o revocar la designación ya efectuada hace que tampoco sea rara la designación o revocación en momento posterior a la firma de la póliza. En cuanto a la designación del beneficiario en testamento, se ha discutido

su validez, hasta la entrada en vigor de la Ley, con base en que en tal caso el beneficiario no dispondría de un derecho propio contra el asegurador, y que recibiría la prestación de aquél a título hereditario; pero la doctrina ha considerado mayoritariamente que el derecho del beneficiario, con independencia de la forma en que se hubiera efectuado su designación, es siempre un derecho propio, que dimana del contrato, el cual contiene una estipulación a su favor, aun cuando no se trate exactamente de la estipulación a favor de tercero que regula el artículo 1257 del Código Civil. En el caso de la designación por testamento, basta con que aquélla se halle contenida en un testamento válido, aunque sea ológrafo, en cuyo caso esta designación, efectuada por un acto de voluntad unilateral del testador valdrá, aun cuando no sea conocida del asegurador, ni del propio beneficiario, hasta después de la muerte de aquél.

Con todo, la designación del beneficiario es un derecho del tomador, que puede o no ejercitar, aun cuando en la que hemos llamado designación con causa onerosa esta afirmación haya que matizarla, en el sentido de que puede concurrir una obligación preexistente, en cuya virtud el tomador se vea obligado a ejercer el derecho que comentamos. Mas, en el caso de que no haya beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, la Ley establece que en el momento del fallecimiento del asegurado el capital formará parte del patrimonio del tomador.

Del precepto comentado se desprende que la designación del beneficiario puede hacerse de forma directa o expresa, o de forma indirecta, en cuyo caso en la póliza o en el documento en que se efectúe la designación deberán contenerse las reglas necesarias para tal designación. La Ley, en su artículo 85, contempla un supuesto concreto de designación indirecta, para caso de designación genérica de beneficiarios: según el citado artículo, en caso de designación genérica de los hijos de una persona como beneficiarios, se entenderá como hijos a todos los descendientes con derecho a herencia. Si la designación se hace a 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 al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado. Es decir, que, en caso de designación genérica del beneficiario, para la atribución al mismo de su condición de tal es decisivo el momento de la muerte del asegurado, ya que

es éste el que se tiene en cuenta para la aplicación de las reglas que la Ley establece. Por lo demás, el beneficiario puede ser cualquier persona.

El citado artículo 85 contiene una especial referencia a los beneficiarios que tengan además la condición de herederos, sin especificar de quién, por lo que podrán entenderse comprendidos en esta común denominación todos los herederos antes mencionados, es decir, los del tomador, asegurado o de otra persona, o, simplemente, los herederos, sin mayor especificación, que serán, en razón de lo antes expuesto, los que lo sean del tomador. Señala la norma citada que los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición, aunque renuncien a la herencia, lo que pone de manifiesto, como antes se ha indicado, que la Ley concibe al derecho del beneficiario como un derecho propio, que existe en virtud de la estipulación a su favor convenida en el contrato, con independencia de los derechos que pudieren corresponderle por razón de su condición de heredero.

En el caso de que concurra una pluralidad de beneficiarios, la cuota que corresponda a cada uno se determinará conforme a las reglas que, en tal sentido, haya establecido el tomador, bien en el mismo documento en que efectuó el nombramiento de beneficiarios, bien en otro distinto; pero, a falta de tales reglas, la Ley dispone que la prestación se distribuya a partes iguales entre los beneficiarios designados. La misma regla de respeto a las estipulaciones que, en relación con el reparto de la prestación entre los beneficiarios, haya establecido el tomador, se observarán cuando aquéllos sean herederos; pero, en ausencia de tal estipulación, la Ley quiere que el reparto no se haga esta vez por partes iguales, sino en proporción a la cuota hereditaria que a cada uno corresponda. Además, a semejanza de lo que dispone el artículo 922 del Código Civil para el caso de que concurran a la herencia parientes del mismo grado, y alguno o algunos de ellos no quieran o no puedan suceder, el último inciso del artículo 86 de la Ley de Contrato de Seguro establece que, cuando los beneficiarios sean herederos, la parte no adquirida por uno de ellos acrecerá a los demás; en tal caso, en el reparto entre los demás beneficiarios de la parte no adquirida por uno de ellos se seguirán los mismos criterios que en el reparto del resto de la prestación: es decir, según lo estipulado por el tomador, y, en su defecto, en proporción a la cuota hereditaria.

Del mismo modo que la designación del beneficiario es un derecho que la Ley atribuye al tomador, la revocación del beneficiario designado participa de la misma naturaleza: es decir, el tomador puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento. Únicamente pierde

esta facultad cuando hubiere renunciado a la misma, de manera expresa y por escrito, lo que, en principio, y sin necesidad de que la Ley lo dijera, podría haberse inferido, habida cuenta de que los derechos concedidos por las leyes son renunciables, siempre que no contraríen el interés o el orden público o perjudiquen a terceros (artículo 6 del Código Civil). Normalmente, la renuncia a la facultad de revocación se producirá en aquellos casos que hemos denominado como designación de beneficiario con causa onerosa, es decir, cuando tal designación se haya efectuado con el fin de garantizar el derecho de un acreedor; garantía que se convertiría en ilusoria si el tomador, después de nombrar al acreedor como beneficiario, pudiera revocar tal nombramiento. Por eso la renuncia a la facultad de revocar la designación de beneficiario existe incluso en el caso de que aquélla se haya efectuado en testamento, a pesar de que, a tenor del artículo 737 del Código Civil, todas las disposiciones testamentarias sean esencialmente revocables, aunque el testador exprese en el testamento su voluntad de no revocarlas. Por lo demás, lo único que pide la Ley para la validez de la revocación del nombramiento de beneficiario es que aquélla se efectúe en la misma forma establecida para la designación, lo que no quiere decir que aquélla sea precisamente la misma forma en que se hizo la designación, sino cualquiera de las que el artículo 84 reconoce como aptas a tales efectos; de modo que si la designación se hizo en la póliza, la revocación podrá hacerse y normalmente se hará en un documento distinto.

Como la renuncia a la revocación del nombramiento de beneficiario se hace, por regla general, para garantizar los derechos del acreedor, la citada renuncia, a tenor de lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 87, produce para el tomador la pérdida de los derechos de rescate, reducción y anticipo, así como el de pignoración de la póliza; en efecto, de poco serviría renunciar a la revocación del beneficiario, cuando éste fuese un acreedor, si el tomador pudiera rescatar la póliza y, en consecuencia, poner con ello término a la relación contractual en cuya virtud podría el beneficiario percibir la prestación garantizada a su vencimiento; y lo mismo sucedería en caso de reducción o anticipo, con lo que la garantía del acreedor-beneficiario se vería sustancialmente reducida; o de pignoración, la cual implicaría, precisamente, la revocación del beneficiario, a la que el tomador ha renunciado (artículo 99 de la Ley).

Como confirmación, una vez más, del derecho del beneficiario como un derecho propio que corresponde al mismo en virtud del contrato, el artículo 88 de la Ley dispone que la prestación del asegurador le sea entregada en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de

los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador del seguro, quienes, sin embargo, podrán reclamarle el reembolso de las primas abonadas por el tomador en fraude de sus derechos, lo que no es sino una aplicación a este caso particular del derecho que, con carácter general, concede al acreedor el artículo 1111 del Código Civil para que pueda impugnar los actos que el deudor haya realizado en fraude de su derecho. A este respecto, conviene recordar que el artículo 1297 del Código Civil presume celebrados en fraude de acreedores las enajenaciones a título oneroso, hechas por aquellas personas contra las que se hubiese pronunciado sentencia condenatoria o expedido mandamiento de embargo de bienes. De suerte que, si los acreedores prueban que las primas se han pagado con el producto de tales enajenaciones, podrán ejercitar la acción de reembolso a que se refiere el artículo 89. Del mismo modo, y para hacer efectivas las normas que regulan el procedimiento concursal en el caso de que el tomador sea declarado en concurso o quiebra, la norma antes indicada dispone que, en tal caso, los órganos de representación de los acreedores podrán exigir al asegurador la reducción del seguro, lo que es tanto como poner fin al pago de primas por parte del tomador, evitando, de este modo, que el importe de aquéllas salga de su patrimonio.

IV. LA SELECCIÓN DE LOS RIESGOS

Como sucede, por regla general, en las demás modalidades de seguro, en el seguro de vida la selección de los riesgos se lleva a cabo, fundamentalmente, por medio del cuestionario que, antes de la conclusión del contrato, debe cumplimentar el tomador del seguro, conforme a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. El cuestionario, como se ha indicado en otro lugar, forma parte de la propuesta que el asegurador hace al futuro tomador, a modo de oferta contractual; pero aquí sucede que, al girar el riesgo sobre la vida del asegurado, las declaraciones acerca de su persona cobran una importancia decisiva, ya que, en particular en los seguros para caso de muerte, el asegurador no estaría dispuesto a cubrir los riesgos relativos a personas que padeciesen enfermedades peligrosas que, a tenor de las tarifas establecidas, supusieran riesgos anormales o agravados; o, en caso de que se mostrara dispuesto a otorgar tal cobertura, lo haría mediante el cobro de una sobreprima, que le compensase de la agravación del riesgo cuya cobertura asume respecto al que podría considerarse normal. Pero, en este caso, es evidente que necesitaría conocer las condiciones del riesgo asegurable, y para eso es imprescindible que el cuestionario que se somete al futuro tomador contenga información precisa acerca del estado de salud del asegurado, así como de

otras circunstancias que pueden influir en la estimación del riesgo. Por eso, el asegurador suele presentar al tomador un cuestionario detallado, que aquél debe contestar conforme a las exigencias de la buena fe que presiden todo el ordenamiento jurídico contractual y, en particular, el del contrato de seguro.

Aunque el artículo 10 de la Ley establece que el deber de declaración del riesgo corresponde al tomador, en el seguro de vida no es infrecuente que la persona de aquél sea distinta de la del asegurado, en cuyo caso el asegurador no quedaría satisfecho, por lo que a la estimación del riesgo se refiere, con la simple declaración de la persona a la que se formula la oferta de contrato, es decir, del posible tomador, ya que éste, aun cumpliendo escrupulosamente el deber de información que le impone el precepto antes citado, puede, con toda probabilidad, no facilitar al asegurador la información que éste precisa para hacerse una idea cabal del riesgo que asume, porque la Ley no exige al tomador sino que declare al asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Al girar el riesgo sobre la persona del asegurado, es muy posible que determinadas circunstancias que pueden influir en tal valoración sean sólo conocidas por el asegurado, y desconocidas por el tomador, por lo que la información que pudiera suministrar éste al rellenar el cuestionario podría ser poco relevante. Sin embargo, y a pesar de los inconvenientes que para una adecuada información del asegurador acerca del riesgo cuya cobertura asume tiene el sistema establecido por la Ley, según el cual el deber de declaración del riesgo corresponde al tomador, el carácter imperativo de los preceptos de aquélla no deja lugar a que, en virtud de estipulaciones contractuales, se traslade al asegurado el deber de efectuar la declaración acerca de las circunstancias inherentes a su persona que puedan influir en la valoración del riesgo. El cuestionario que se presenta al tomador incluye una declaración acerca del estado de salud del asegurado, pero es aquél y no éste, quien se haya obligado a formularla; y las consecuencias legales de una declaración inexacta sólo se producirán, por ende, cuando ésta sea imputable al tomador e implique, además, omisión o declaración inexacta de circunstancias que él conozca. Los inconvenientes indicados pueden evitarse, al menos en parte, con un reconocimiento médico del asegurado como requisito previo e indispensable para que el asegurador asuma la cobertura del riesgo y, por tanto, suscriba el contrato.

Ahora bien, el reconocimiento médico no soluciona para el asegurador todas las dificultades que puedan derivarse de una inexacta declaración del riesgo por parte del asegurado. Este puede tener problemas de salud que no

se pongan de manifiesto en el reconocimiento, aunque ésto no sea lo más frecuente. Por otra parte, la cuestión cobra particular importancia en el caso de los seguros en que el asegurado es persona distinta del tomador, y, particularmente los seguros colectivos, donde en muy escasas ocasiones se exige reconocimiento médico al asegurado; ésto, por lo general, sólo ocurre respecto de aquéllos cuyo capital asegurado para caso de muerte es relativamente importante. En tales supuestos, el asegurador dispone del boletín de adhesión, donde consta la declaración del estado de salud del asegurado como único elemento de juicio para formarse una idea acerca de la verdadera entidad del riesgo cuya cobertura se asume; pero la declaración que sobre este extremo puede efectuar el tomador, en el caso infrecuente de que ésta se produzca, será de muy poca utilidad para el asegurador, porque, normalmente, el tomador no sabrá tampoco cuál es el estado real de la salud del asegurado, ni, en consecuencia si su declaración acerca del mismo es correcta o incorrecta. En el caso de que sea incorrecta, de modo que influya en la estimación del riesgo por parte del asegurador, parece lógico que éste tenga derecho a no efectuar el pago del capital o de la prestación convenida, conforme a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley, cuando haya intervenido dolo o culpa grave por parte del asegurado, si se ha producido el siniestro; y que, igualmente, tenga derecho, en los términos previstos por el artículo citado, a rescindir el contrato, por lo que se refiere a la cobertura otorgada al asegurado en cuestión, cuando tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de su declaración. Pero lo cierto es que la Ley sólo prevé esas consecuencias para el supuesto en que el autor de la declaración inexacta sea el tomador, sin que se mencione para nada al asegurado, a quien el texto legal no impone obligación alguna de responder al cuestionario; de modo que, en principio, no se establece legalmente ninguna sanción para el asegurado que declare de forma inexacta su estado de salud, induciendo a error al asegurador.

Una interpretación a favor de que las consecuencias de una declaración inexacta del riesgo podría perjudicar al asegurado en los mismos términos que el artículo 10 prevé para el tomador, podría encontrar su apoyo en el texto del artículo 7 de la propia Ley, cuando dice que los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador del seguro, salvo aquéllos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado, entendiéndose que, en el caso que comentamos, el deber de declaración del riesgo es de imposible cumplimiento para el tomador, y que es al asegurado a quien corresponde cumplirlo, y a quien, en consecuencia, deben imputarse las consecuencias legales de la falta de cumplimiento. Existe, sin embargo, la dificultad de que esta interpretación tendría la consideración de extensiva en relación con la

norma contenida en el artículo 10, con el resultado de que, de dicha interpretación extensiva, derivaría una limitación de los derechos del asegurado no prevista por la Ley, por lo que su admisibilidad por los Tribunales puede resultar dudosa. Quizá, ante el silencio legal, lo más práctico fuera introducir, en los contratos en que concurra esta situación, una cláusula por la que se regulen las consecuencias de una declaración inexacta del riesgo por parte del asegurado, equiparando su efectos a los que se producirían en caso de declaración inexacta del tomador. Pensamos, no obstante, que esta cláusula debería aceptarse específicamente y por escrito por el asegurado, por ser limitativa de sus derechos, conforme a lo prevenido por el artículo 3 de la Ley.

Además de las consecuencias que, con carácter general para todo tipo de contratos de seguro, establece el artículo 10 de la Ley para el caso de declaración inexacta del riesgo, el artículo 89 contiene una norma especial que se refiere al seguro de vida, que constituye lo que se denomina indisputabilidad de la póliza. En efecto, dispone el citado artículo que, no obstante lo dispuesto en el artículo 10, 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 plazo más breve en la póliza, y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo; si bien se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del asegurado, que se regirá por lo dispuesto en el artículo 90, que más adelante comentaremos.

Es decir, el artículo 89 confiere rango de Ley a la cláusula de indisputabilidad que, ya antes de la entrada en vigor de la Ley, solían incluir todas las pólizas. A tenor de dicha cláusula, el asegurador renuncia a invocar, ya sea desde el momento mismo de la conclusión del contrato, ya sea a partir de un cierto plazo desde aquélla (un año, como máximo, según la Ley de Contrato) las irregularidades cometidas por el tomador en la declaración del riesgo como causa para reducir su prestación o liberarse de ella. Ahora bien, la citada cláusula de incontestabilidad no puede subsanar la irregularidad consistente en una declaración inexacta del riesgo, cuando en su formulación ha intervenido dolo del tomador, lo que, en el orden contractual, deriva de lo dispuesto en el artículo 1102 del Código Civil, en relación con el 1255 del mismo texto legal, de cuya consideración conjunta resulta la imposibilidad, tanto de estipular pactos contrarios al orden público como de renunciar a la acción para exigir la responsabilidad por dolo. La Ley no ha hecho sino tener en cuenta las razones de orden público que subyacen en esta cuestión, al impedir el juego de la indisputabilidad en

el caso de que haya mediado dolo en la declaración del tomador. Aunque de nuevo nos encontramos con la dificultad que para el asegurador supone que las consecuencias de una declaración viciada por dolo se circunscriban al caso en que aquél sea imputable al tomador, y no al asegurado.

En cuanto a la indicación inexacta de la edad del asegurado, como caso particular de declaración del tomador no conforme a la realidad, el artículo 90 de la Ley dispone que el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de su entrada en vigor excede de los límites de admisión establecidos por aquél. En otro caso, si, como consecuencia de la declaración, la prima 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. Se trata, como vemos, en el caso de prima inferior a la que correspondería haber pagado, de una solución que guarda analogía con la que en seguro de daños denominamos regla de equidad; en el caso de que la prima sea superior a la realmente debida, en función de la edad del asegurado, el asegurador debe devolver el exceso, pero sin que dicho exceso devengue intereses a favor del tomador, ya que el pago de la prima por una cuantía superior a la que habría correspondido al riesgo cubierto se debió a su declaración incorrecta.

A diferencia de lo que sucede en los seguros de daños, en el seguro de vida no juega el deber de declarar la agravación del riesgo durante el curso del contrato, que establece el artículo 11 de la Ley de Contrato de Seguro, ya que, aunque la Ley no lo diga expresamente, la aplicación de este precepto al seguro de vida sería contradictoria con su propia naturaleza; en el seguro para caso de muerte, que es donde se pueden producir tales agravaciones, el asegurador, cuando fija la prima de acuerdo con la edad del asegurado y, en último término con las previsiones contenidas en la tabla de mortalidad en relación con sus probabilidades de vida y de muerte, ya tiene en cuenta todas las agravaciones posibles del riesgo; en particular, las que derivan de cambios en el estado de salud del asegurado. Otra cosa es que el asegurador excluya de la cobertura determinadas situaciones o circunstancias, cuya concurrencia entraña una agravación del riesgo extraña a las previsiones de la tabla de mortalidad; pero, a los efectos del contrato, no se trata propiamente de agravaciones del riesgo, sino de riesgos excluidos de la cobertura del asegurador. En este sentido, el artículo 91 de la Ley de Contrato establece que, 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. Es decir, que la garantía del asegurador, al versar sobre un hecho inevitable, cual es el de la muerte del asegurado, cubre la producción de ésta en cualquier eventualidad y por cualquier causa, de manera que el asegurador quedará obligado al pago de su prestación cualquiera que sea la profesión del asegurado o las actividades que él mismo desarrolle, ya sobrevenga la muerte por causas naturales o por accidente, aunque cuando éste implique negligencia por parte del asegurado que lo sufre, a no ser que en la póliza se detallen las exclusiones a la indicada cobertura; lo que, al suponer una cláusula limitativa de los derechos del asegurado, deberá sujetarse al régimen que para tal tipo de estipulaciones establece el artículo 3 de la Ley.

La cuestión, no obstante, puede suscitar dudas y dificultades en el caso de los seguros temporales anuales renovables, en los que la duración del contrato es anual y su renovación depende de que ninguna de las partes se oponga a la prórroga con un plazo de dos meses de antelación a su vencimiento. Creemos que el asegurado no tiene obligación de declarar una agravación del riesgo que obedezca a una causa natural; pero la Ley no impide de manera expresa que si el asegurador tiene noticia de tal agravación se oponga a la prórroga en el plazo legalmente establecido al efecto. No obstante, una conducta de esta clase por parte del asegurador podría entenderse inadmisibles en aras del principio de buena fe que preside todo nuestro ordenamiento contractual. En efecto, la agravación del riesgo por causas naturales es una circunstancia que, como ya hemos indicado, debe entrar en las previsiones del asegurador, y no es admisible que éste pretenda librarse de responsabilidad cuando, después de que el tomador ha venido pagando primas durante una serie de años, prevé que el asegurado puede fallecer en el transcurso del próximo período de seguro porque, por ejemplo, ha contraído una grave enfermedad, ya que la probabilidad de que ocurra dicho evento ya se ha tenido en cuenta al calcular la prima, de acuerdo con las previsiones de la tabla de mortalidad. Si bien el hecho de que, en este caso concreto, exista la casi certeza de fallecimiento del asegurado durante el próximo período de seguro sería una circunstancia incompatible con el aseguramiento, por quedar eliminado el azar, no es menos cierto que, en el análisis de la cuestión, no cabe olvidar el dato de los antecedentes que han precedido a la situación, así como el de que el seguro constituye una operación en masa, en la que el hecho de que se prevea la producción de un siniestro en un elemento que ha venido formando parte de la cartera asegurada no afecta a la estabilidad financiera del asegurador, el cual ha establecido la cuantía de las primas en virtud de una probabilidad de siniestro estadísticamente conocida, en cuya virtud ha venido cobrando

al tomador unas primas que, junto a las de los demás tomadores, ha permitido formar los fondos suficientes para ir efectuando los pagos de las prestaciones aseguradas a medida que los riesgos se han ido convirtiendo en siniestros. En consecuencia, cabría entender que la oposición a la prórroga en una circunstancia de esta índole, además de resultar gravemente lesiva para el asegurado, que no encontraría, en su situación actual, otro asegurador que asumiera la cobertura del riesgo inherente a su fallecimiento, podría ser causa de un enriquecimiento injusto para el asegurador, que pretende ejercitar, en perjuicio del asegurado, la facultad que le confiere el artículo 22 de la Ley de Contrato.

El alcance del principio de pago de la prestación en todo caso, que consagra el artículo 91 de la Ley, no es absoluto, y el propio texto legal excluye su aplicación en dos supuestos concretos, que son los de muerte dolosa del asegurado, causada por el beneficiario, y el de suicidio del asegurado. En cuanto a la primera de las exclusiones citadas, el artículo 92 de la Ley dispone que la muerte del asegurado causada dolosamente por el beneficiario privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando aquélla integrada en el patrimonio del tomador. La razón de este precepto se funda en consideraciones de orden público, que impiden lucrarse de los resultados de un delito al autor del mismo; sin que, a los efectos de liberar al asegurador de su prestación sea absolutamente necesario el que haya recaído condena en juicio criminal contra el beneficiario autor de la muerte del asegurado, sino que la citada liberación del asegurador se produciría en cualquier supuesto en que, sin necesidad de tal condena penal, demostrase que la muerte del asegurado se ha debido a un acto goloso, del que el beneficiario ha sido el autor. Inversamente, si el asegurador pretende no pagar la prestación al beneficiario, por haberse imputado a éste la muerte dolosa del asegurado, no se produciría la pretendida liberación de aquél si sobre el beneficiario hubiere recaído sentencia absolutoria en un proceso penal.

A estos efectos, parece que por muerte causada dolosamente vale entender el asesinato del asegurado por el beneficiario. Ahora bien, la equiparación del asesinato con la expresión "muerte causada dolosamente" no puede hacerse en términos de validez absoluta, aunque, en la mayor parte de las ocasiones, uno y otro concepto serán equivalentes, al resultar el asesinato del homicidio cualificado por la concurrencia de circunstancias tales como alevosía, recompensa o promesa, o premeditación. No obstante, el asesinato requiere una conducta activa, mientras que en la muerte causada con dolo pueden darse también supuestos en que la conducta del

causante de la muerte implique una omisión; por lo que el concepto a que se refiere el artículo 92 de la Ley es más amplio que el de asesinato.

Por lo que se refiere al suicidio del asegurado, el artículo 93 dispone que, salvo pacto en contrario, este riesgo sólo quedará cubierto a partir del transcurso de un año desde el momento de la conclusión del contrato. A estos efectos, dice la Ley que se entenderá por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado. Al igual que en el caso antes comentado, en la exclusión del suicidio de la cobertura del asegurador juegan también razones de orden público, ya que el suicidio es un acto moral y socialmente rechazable; pero es que, además, el suicidio, en cuanto acto cuya producción depende única y exclusivamente de la voluntad del asegurado, se halla en franca contradicción con la propia institución aseguradora, al ser, no sólo ajeno, sino opuesto a la noción de riesgo. Ahora bien, por imperativo del régimen general sobre la carga de la prueba contenido en el artículo 1.214 del Código Civil, será el asegurador quien tenga que probar que la muerte del asegurado se ha debido a suicidio, si quiere librarse del pago de su prestación, sin que en ningún caso pueda asimilarse al suicidio la muerte del asegurado por imprudencia, aunque sea grave, ni la ocurrida en circunstancias que entrañen un alto grado de riesgo, como consecuencia del cual se haya podido producir aquélla. Tampoco la tentativa de suicidio permite al asegurador rescindir el contrato, salvo cláusula expresa en contrario, que, por ser limitativa del derecho del asegurado, debería sujetarse a lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley, del mismo modo que se indicó antes para las cláusulas por las que se excluye la cobertura de ciertos riesgos.

No obstante, la Ley establece la indisputabilidad del riesgo de suicidio al cabo de un año de la conclusión del contrato; indisputabilidad que tiene su fundamento en que, en este caso, ya no puede hablarse de que el suicidio contravenga frontalmente a la noción de riesgo, destruyendo, en consecuencia, la aleatoriedad del contrato, pues apenas es concebible que alguien se asegure pensando en suicidarse al cabo de un año, por lo que el acaecimiento de un evento de esta clase puede considerarse tan incierto como la muerte por cualquier otra causa.

V. LOS VALORES GARANTIZADOS

Las diversas modalidades de seguros de vida entrañan, por parte del tomador, el pago de una prima nivelada, esto es, constante a lo largo de toda la duración del seguro, cuyo importe consta de una componente de riesgo,

cuyo valor es función de la probabilidad de acaecimiento del siniestro, y de otra componente de ahorro, de cuya capitalización, al tipo de interés garantizado en las bases técnicas, surgirá la reserva matemática, la cual, normalmente, irá creciendo con el tiempo, hasta que, al término del contrato (a su vencimiento, si es un seguro mixto o un capital diferido, o la edad límite de la tabla de mortalidad, si es un seguro de vida entera) su valor llegue a ser igual al del capital asegurado. Únicamente en los seguros temporales la reserva matemática crece durante algún tiempo, para luego ir decreciendo hasta que, al término del período cubierto por el contrato, su valor se hace igual a cero, porque cero es también el valor de la garantía del asegurador, el cual cesa en la cobertura del riesgo al llegar dicho momento. En el seguro temporal anual renovable no hay reserva matemática, porque la prima representa exactamente el precio de la cobertura del riesgo, y no hay, por tanto, componente de ahorro.

La Ley ha tenido en cuenta este hecho, relativo a la constitución de reservas matemáticas, las cuales se forman, como se ha indicado, a partir de la prima de ahorro satisfecha por el tomador; si ésta, a su vez, supone que aquél está pagando una prima superior a la que corresponde a la verdadera dimensión del riesgo cubierto, es lógico que sobre tal exceso ostente algún derecho, y, por consiguiente, que ese derecho se extienda a la reserva formada a partir de la capitalización de tales primas. Pues bien, del reconocimiento de ese derecho del tomador a su reserva matemática surge el mandato contenido en el artículo 94 de la Ley, en el sentido de que en la póliza 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. Tales valores se denominan valores garantizados, y son función de la reserva matemática, por lo que, si se reconoce al tomador un derecho sobre aquélla, surge como lógica consecuencia el correlativo reconocimiento de los derechos sobre los valores que son función de la misma.

En este sentido, el artículo 95 dispone que, 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, sino que, a partir de dicho plazo, la falta de pago 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. La razón de esta exclusión del régimen general del artículo 15 estriba, precisamente, en el hecho de la existencia de la reserva o provisión matemática. Al cabo de dos años, esa

provisión (la legislación española de control habla de provision matemática, en lugar de reserva, habiendo abandonado la antigua denominación en aras de una mayor precisión desde el punto de vista de su naturaleza económico-financiera) es lo suficientemente alta como para que el impago de prima no le cause al asegurador el perjuicio de dejar de percibir el ingreso consistente en aquélla, ya que la provisión matemática que se encuentra en su poder podrá aplicarse a remediar los efectos de tal impago, de suerte que una parte de aquélla, el denominado valor de rescate, dejará de considerarse como un pasivo del asegurador, y su importe se considerará como la prima única de un nuevo seguro, idéntico al que estaba en vigor, pero con su capital reducido (de ahí la expresión "reducción del seguro") y liberado del pago de primas para lo sucesivo. La diferencia entre el valor del rescate y la totalidad de la provisión matemática constituye la penalización que se impone al tomador y, al mismo tiempo, la compensación que percibe el asegurador, tanto por haber tenido que alterar sus previsiones a largo plazo, basadas en la existencia del contrato, como para resarcirle de las comisiones que pagó por anticipado al agente cuando se concluyó el contrato, y de las que no va a poder reintegrarse al haber interrumpido el tomador el pago de primas. No obstante, aun cuando el seguro quede reducido por el impago de primas, el tomador tiene derecho a su rehabilitación en cualquier momento, con tal de que ésta se realice antes del fallecimiento del asegurado, debiendo para ello cumplir con las condiciones establecidas en la póliza, que consistirán, básicamente, en el abono de las primas impagadas, con sus intereses.

Por la misma razón antes citada, de la suficiencia de la provisión matemática al cabo de dos años, el artículo 96 dispone que, transcurrido dicho plazo, o el inferior que, en su caso, establezca la póliza, el tomador podrá ejercitar el derecho de rescate, que consiste en la rescisión unilateral del contrato por parte del tomador, con la consiguiente cesación en el pago de primas. Ahora bien, el asegurador deberá devolver al tomador la provisión constituida a partir de sus primas de ahorro, con las reducciones que resulten de aplicación en razón de las consideraciones antes expuestas, de las que surge el valor de rescate. Así mismo, y con el mismo fundamento que el reconocimiento de los derechos de rescate y reducción, esto es, la existencia de una provisión matemática y su suficiencia al cabo de dos años (suficiencia que proviene del hecho de que el primer año la totalidad de la prima se invierte, por lo general, en cubrir el riesgo y pagar gastos de producción, no existiendo, por tanto, prima de ahorro ni provisión matemática), la Ley dispone, en su artículo 97, que, una vez pagadas las dos primeras anualidades, el asegurador deberá conceder anticipos al tomador

sobre la prestación asegurada, conforme a las condiciones pactadas en la póliza, las cuales suelen establecer que tales anticipos no excedan de determinado tanto por ciento del valor de rescate.

Como ya indicamos antes, en los seguros temporales para caso de muerte, o no hay provisión matemática, o ésta es muy pequeña, para acabar siendo nula al término del período de cobertura; de ahí que el artículo 9 disponga que en tales seguros no sea de aplicación lo dispuesto en los artículos anteriores respecto de los valores garantizados y de las consecuencias de la falta de pago de la prima. La no aplicación de esta normativa se extiende también a los seguros de supervivencia, aunque aquí la razón no es la inexistencia o insignificancia de la provisión matemática, sino el riesgo de antiselección que se presenta al asegurador si concede al tomador el derecho de rescate, ya que éste se ejercitaría con preferencia en aquellos casos en que fuera previsible el fallecimiento del asegurado antes del término fijado en el contrato. No obstante, la Ley admite que el asegurador pueda conceder al tomador los derechos de rescate, reducción y anticipo, en los términos previstos en el contrato.

DOS AÑOS DE APLICACIÓN DE LA LEY DE MEDIACIÓN EN SEGUROS PRIVADOS.

Por

D. FRANCISCO JAVIER TIRADO SUÁREZ.

Profesor Titular de Derecho Mercantil y de Derecho del Seguro Privado de la Universidad Complutense de Madrid. Letrado en ejercicio.

Sumario

I.- Introducción. II.- Algunos Aspectos Problemáticos de la Ley de Mediación en Seguros Privados en Relación a los Corredores. II.1.- La no conversión directa de los Bancos en Mediadores de Seguros. II.2.- La Expansión de la actividad de los Corredores de Seguros a otros productos financieros. II.3.- La Política de Concertación de los Corredores de Seguros. II.4.- La interpretación restrictiva de la Autorización Administrativa para ejercer como Corredor por parte de la Autoridad de Control. II.5.- La problemática de los Agentes múltiples como Corredores encubiertos. III.- Algunos Aspectos Problemáticos de la Ley de Mediación en Seguros Privados en relación a los Agentes de Seguros. III.1.- Los límites a la expansión de la figura del Agente de Seguros. III.2.- La problemática de la aplicación de la Ley de Agencia. III.3.- El deslinde con la actividad laboral. III.4.- La cuestión de la prescripción de los derechos del Agente frente a la compañía. III.5.- La cuestión del respeto a los Derechos Adquiridos y especialmente a las Comisiones de Cartera. IV.- Consideraciones Finales.

I.- INTRODUCCIÓN.

Sean mis primeras palabras de agradecimiento a los organizadores de este evento que me va a permitir reflexionar en voz alta, ante los propios profesionales de la mediación de la problemática que se ha generado en estos dos años de aplicación de la Ley de Mediación en Seguros Privados de 30 de Abril de 1.992 que el pasado 3 de Mayo cumplió dos años de su entrada en vigor.

He elegido diez cuestiones, cinco relativas a los corredores y otras cinco referentes a los agentes, consciente de que, a pesar de la unidad de la actividad del mediador desde un plano teórico, se hace preciso reconocer