

Boletín de Seguros

Coordinador:
Jesús Almarcha

Contenido:
Ángel Carrasco, Jesús Almarcha, Faustino Cordero,
Alberto Díaz, Lourdes López y Elisa Torralba

marzo 2016

N.º 5



Sumario

▶ Análisis normativo	2
— Cuadro sobre el deber de información precontractual en la normativa «Solvencia II» (Ley 20/2015 y RD 1060/2015)	2
— La información exigida a efectos de supervisión de las entidades aseguradoras y reaseguradoras en la normativa «Solvencia II»	5
— Responsabilidad derivada de accidentes de circulación: la solución extrajudicial del conflicto prevista en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, y la posibilidad de recabar informes periciales de los institutos de medicina legal	7
▶ Análisis jurisprudencial	10
— Transacción acordada entre actor y un codeudor solidario o asegurado. Efectos frente a los restantes obligados	10
— Reclamación de primas (y fracciones de ellas) posteriores a la primera: el significado del plazo de seis meses previsto en el artículo 15.2 LCS	12
— Reclamaciones entre compañías aseguradoras: la competencia judicial internacional en caso de «intervención en el proceso»	14
— Ley aplicable a la acción de repetición entre entidades aseguradoras: ¿responsabilidad contractual o extracontractual?	14
— Las aportaciones a planes de pensiones de la empresa y su polémica integración en la estructura salarial	15
— Las condiciones contractuales aceptadas por el tomador del seguro de responsabilidad civil se extienden al asegurado	19

Análisis normativo

Cuadro sobre el deber de información precontractual en la normativa «Solvencia II» (Ley 20/2015 y RD 1060/2015)

Información que suministrar ¹		Régimen de actividad			Tipo de seguro							Destinatario				Formalidad ²			Lugar donde aparecerá			Precepto	
					Grandes riesgos	Vida ³	No vida				Colectivos o de grupo	Tomador persona física	Tomador persona jurídica	Asegurado persona física	Asegurado persona jurídica	Por escrito	Soporte electrónico	Forma clara y precisa	Póliza	Documento de cobertura provisional	Boletín de adhesión y certificados de seguros	LOSSEAR	ROSSEAR
Decesos	Enfermedad	Responsabilidad civil en vehículos terrestres	Resto																				
Tipo	Contenido	Libre prestación de servicios	Derecho de establecimiento	Resto																			
General	Nombre del Estado miembro donde radique el domicilio social de la entidad.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		96.1	122.1				
	Autoridad a la que corresponde el control de la actividad de la entidad.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		96.1	-				
	Denominación social.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		-	122.1				
	Forma jurídica.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		-	122.1				
	Domicilio social o, en su caso, dirección de la sucursal contratante.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		96.2	122.1				
	Legislación aplicable al contrato cuando las partes no tengan libertad de elección o, en caso contrario, sobre la propuesta por el asegurador.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		96.2	122.2a				
	Diferentes instancias de reclamación (internas y externas) utilizables en caso de conflicto, y el procedimiento aplicable.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		96.2	122.2b				
	Información que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados ⁴ .	X	X	X						X		X	X	Cualquiera (según corresponda)			X	-	122.4				
Referencia concreta al informe sobre la situación financiera y de solvencia del asegurador (SFCR).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cualquiera (según corresponda)		Cualquiera (según corresponda)		-	122.5					

¹ Esta información debe respetar, en su caso, las disposiciones establecidas por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

² Debe tenerse en cuenta que la información se facilitará en formatos y canales adecuados a las personas con discapacidad (art. 96.6 LOSSEAR).

³ No será aplicable el requerimiento de la información especial en los seguros de vida del Reglamento n.º 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo (emitidos por los productores de productos empaquetados o basados en seguros y a las personas que asesoren sobre ellos o que los vendan) si se entiende debidamente suministrada con arreglo a la documentación fundamental referida. Asimismo, deberá facilitarse el «semáforo del riesgo» para los seguros de vida ahorro, conforme a la Orden ECC/2316/2015.

⁴ Se suministrará con anterioridad a la firma del boletín de adhesión cuando proceda dicha firma o durante la vigencia del contrato en caso contrario. Quedará excluida esta obligación si el tomador asume el compromiso de suministrar esta información a los adherentes.



Información que suministrar ¹		Régimen de actividad			Tipo de seguro							Destinatario				Formalidad ²			Lugar donde aparecerá			Precepto	
					Libre prestación de servicios	Derecho de establecimiento	Resto	Grandes riesgos	Vida ³	No vida				Colectivos o de grupo	Tomador persona física	Tomador persona jurídica	Asegurado persona física	Asegurado persona jurídica	Por escrito	Soporte electrónico	Forma clara y precisa	Póliza	Documento de cobertura provisional
Decesos	Enfermedad	Responsabilidad civil en vehículos terrestres	Resto																				
Especial	Mención expresa de la no aplicación de la normativa española en materia de liquidación de la entidad.	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X			Cualquiera (según corresponda)		Cualquiera (según corresponda)		-	123.1		
	Nombre y dirección de la persona física que resida habitualmente en España o de la persona jurídica que esté en ella establecida y que represente a la entidad aseguradora domiciliada en otro Estado miembro.	X										X	X			Cualquiera (según corresponda)		Cualquiera (según corresponda)		-	123.2		
	Definición de garantías y opciones ofrecidas; periodo de vigencia del contrato; condiciones de rescisión; condiciones, plazos y vencimientos de las primas; método de cálculo y de asignación de las participaciones en beneficios, valores de rescate y de reducción y naturaleza de las garantías correspondientes (o mecanismo de cálculo y valores mínimos); primas relativas a cada garantía (principal o complementaria); unidades de cuenta y activos representativos (sólo en contratos de capital variable); modalidades y plazos para el desistimiento unilateral ex artículo 83a Ley 50/1980; generalidades sobre el régimen fiscal; información específica que permita la comprensión adecuada de los riesgos subyacentes al contrato.	X	X	X		X						X	X			Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		-	124.1		
	El importe que se va a percibir depende de las fluctuaciones en los mercados financieros, ajenos al control del asegurador y cuyos resultados históricos no son indicadores de los futuros. Se indicará importe, base de cálculo y periodicidad de todos los gastos inherentes a la operación.	X	X	X		X ⁵						X	X			Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)		96.3	124.4		
	Rentabilidad esperada de la operación considerando todos los costes, con las exclusiones que determine el ministro de Economía y Competitividad por existir un componente principal de riesgo biométrico ⁶ .	X	X	X		X ⁷						X	X			Cualquiera (según corresponda)		Cualquiera (según corresponda)		96.3	124.5		

⁵ Seguros de vida *unit-linked* en los que el tomador asume el riesgo de la inversión.

⁶ La rentabilidad esperada de la operación de seguro es el tipo de interés anual que iguala los valores actuales de las prestaciones esperadas que se puedan percibir en la operación por todos los conceptos y los pagos esperados de prima.

⁷ Seguros de vida en los que el tomador no asume el riesgo de la inversión y haya que dotar una provisión matemática.



Información que suministrar ¹		Régimen de actividad			Tipo de seguro							Destinatario				Formalidad ²			Lugar donde aparecerá			Precepto	
					Libre prestación de servicios	Derecho de establecimiento	Resto	Grandes riesgos	Vida ³	No vida				Colectivos o de grupo	Tomador persona física	Tomador persona jurídica	Asegurado persona física	Asegurado persona jurídica	Por escrito	Soporte electrónico	Forma clara y precisa	Póliza	Documento de cobertura provisional
Decesos	Enfermedad	Responsabilidad civil en vehículos terrestres	Resto																				
Especial	Criterios aplicables a la actualización de las primas inicial y sucesivas, identificación de la modalidad que se oferta, características, factores de riesgo objetivos que hay que considerar en la tasa de la prima aplicable en las sucesivas renovaciones de la póliza, cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta la edad de noventa años, actualizaciones de capitales asegurados o de prestaciones y de primas aplicables en las renovaciones, plazo previo de vencimiento y forma, garantías accesorias opcionales y sus importes, condiciones de resolución del contrato, existencia o no del derecho de rehabilitación de póliza y normas que la rigen, límites y condiciones a la libertad de elección del prestador.	X	X	X			X					X	X			Cualquiera (según corresponda)	X	Cualquiera (según corresponda)			96.4	125	
	Factores de riesgo objetivos que se han de considerar en la tasa de prima aplicable en las sucesivas renovaciones de la póliza, garantías accesorias opcionales a la cobertura y sus importes, condiciones de resolución del contrato y renuncia a la oposición a la prórroga por parte del asegurador en las renovaciones, existencia o no del derecho de rehabilitación de póliza y normas que la rigen, límites y condiciones a la libertad de elección del prestador.	X	X	X				X				X	X	-		Cualquiera (según corresponda)		Cualquiera (según corresponda)			96.4	126	
	Actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y cuadro médico, de forma actualizada y fácilmente accesible ⁸ .	X	X	X				X				X	X	X ⁹	-	Cualquiera (según corresponda)					96.4	126.2	
	Tarifas de prima estándar aplicables a todos los tramos de edad o que se delimiten en función de cualquier otro criterio objetivo de adscripción de los asegurados, de forma actualizada y fácilmente accesible.	X	X	X				X ¹⁰				X	X	X ¹¹	-	Cualquiera (según corresponda)					96.4	126.2	

⁸ Se suministrará antes de cada anualidad de vigencia del contrato.

⁹ La obligación sólo concierne a la puesta a disposición de la información en la web de la entidad y en las oficinas.

¹⁰ En modalidades de seguro individual o de pólizas familiares.

¹¹ La obligación sólo concierne a la puesta a disposición de la información en la web de la entidad y en las oficinas.



La información exigida a efectos de supervisión de las entidades aseguradoras y reaseguradoras en la normativa «Solvencia II»

Directiva 2009/138/UE, Reglamento Delegado (UE) 2015/35, LOSSEAR y ROSSEAR

Partiendo de la última de las normas publicadas en el marco de «Solvencia II», el Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (ROSSEAR) comienza la parte dedicada a la supervisión haciendo referencia únicamente a uno de los principios generales, el de transparencia, mientras que deja a los artículos 110 (proporcionalidad) y 112 (internacionalización) de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR) la regulación de los demás principios. Según el principio de transparencia, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), institución encargada de la supervisión, deberá divulgar en su página web determinada información, como las disposiciones legales, los objetivos de la supervisión, las guías técnicas (éstas agregadas en el nuevo texto, pues habían sido excluidas en el proyecto), datos estadísticos, etc., lo cual debe permitir comparar el régimen de supervisión nacional con los resultados de otros regímenes europeos. De la conjunción con el artículo 111 de la LOSSEAR, debe señalarse que este principio también se encarga de velar por la confidencialidad de la información que la autoridad supervisora reciba, así como que ésta procure su mantenimiento.

El problema principal lo encontraremos en la periodicidad con que la información de la página web debe actualizarse y en

la reestructuración que dicha web necesitará para albergar la información de forma ordenada y fácilmente accesible. El proyecto del reglamento hacía referencia a una actualización de forma regular, pero tal referencia ha sido omitida en el texto definitivo. En este sentido, el artículo 317.2 del Reglamento Delegado 2015/35 de la Comisión, de 10 de octubre del 2014, establece que «[l]a información se actualizará al menos cada año. Cuando se introduzcan cambios en disposiciones legales, reglamentarias y administrativas y en las orientaciones generales relativas a la regulación de los seguros o reaseguros, se facilitará información actualizada a más tardar cuando entren en aplicación dichos cambios».

Puesto que el artículo 113 de la LOSSEAR se encarga de las facultades de supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el reglamento se centra posteriormente en la información estadística y contable que debe suministrarse a efectos de supervisión, en los plazos de presentación y en las limitaciones y exenciones de presentación de la información detallada.

Respecto a la información que debe suministrarse a efectos de supervisión, veamos la siguiente tabla:

Precepto		Arts. 114.1 y 117.2 LOSSEAR (por remisión)	Art. 117.1 LOSSEAR	Art. 159 ROSSEAR	Art. 166 ROSSEAR	Art. 30 Directiva 2009/138/CE	Arts. 304 y ss. Reglamento Delegado (UE) 2015/35	
Tipo de información a efectos de supervisión financiera	Actividad		X	X		X	X	
	Sistema de gobierno		X	X	X		X	
	Solvencia	X	X	X	X	X	X	
	Provisiones técnicas	X	X		X	X		
	Activos		X			X		
	Fondos propios	X	X		X	X		
	Medios técnicos		X			X		
	Modelos internos	X			X			
	Normas de inversión	X			X			
	Capital	Estructura	X		X			
		Necesidades	X		X			
		Requisitos	X			X		
	Riesgos	Gestión	X		X			X
Tipos				X	X		X	
	Sistemas de gestión			X	X		X	



Cabe aclarar que el artículo 114 de la LOSSEAR está relacionado con el artículo 159 del ROSSEAR y con el artículo 30 de la Directiva 2009/138/UE, y que el artículo 117 de la LOSSEAR se relaciona con el artículo 166 del ROSSEAR y con los artículos del Reglamento Delegado (UE) 2015/35.

Conforme a lo anterior, siguiendo el principio de jerarquía, el artículo 114.1 de la LOSSEAR es claro al establecer que como mínimo la información a efectos de supervisión será la contenida en el artículo 117.2 de dicha ley. ¿Pero por qué cada norma, ya sea legal o de desarrollo, hace referencia a elementos distintos? Seguramente sea consecuencia de una relajación del legislador en la elaboración de los distintos textos.

El problema radica en la remisión que el artículo 114.1 de la LOSSEAR hace al artículo 117.2 de la misma ley, pues tal remisión debería configurarse también sobre el apartado 1 de dicho artículo 117. Y, aun así, sigue resultando incoherente la situación, puesto que no existe igualdad o consenso entre las distintas normas nacionales e internacionales a la hora de delimitar la información exacta que debe facilitarse. La solución debería ser la siguiente: puesto que el artículo 114.1 de la LOSSEAR hace remisión al artículo 117.2 de la misma ley y éste, a su vez, es desarrollado por el artículo 166 del ROSSEAR, hay que obviar el contenido del artículo 159 de dicho reglamento y entender que realmente se exige la información contenida en el mencionado artículo 166 conjuntamente con la información de los apartados 1 y 2 del artículo 117 de la ley, así como entender que el legislador se refiere a un elemento unitario cuando habla de «capital», «riesgos», «fondos propios», etc., es decir, entender que habla de lo mismo. Sólo así cobra algo de sentido el contenido de las normas.

Adicionalmente, el artículo 114 de la ley, al igual que el artículo 159 del reglamento, exigen la aportación de información a efectos estadísticos y contables, aunque ni una ni otra norma detallan a qué información se refieren, así como tampoco hacen remisión a norma alguna.

Para el cumplimiento de este deber de información por parte de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, éstas elaborarán distintos informes que tendrán que entregar a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en los plazos y términos que la normativa establezca. Básicamente, tales informes se concretan en los siguientes:

- Informe de supervisión de la evaluación interna de los riesgos y de la solvencia (informe de supervisión EIRS; *Own Risk and Solvency Assessment*, **ORSA**):

Este informe contendrá los resultados de cada evaluación interna periódica de los riesgos y de la solvencia que lleven a cabo las entidades aseguradoras y reaseguradoras. Prácticamente se trata de una herramienta de autoevaluación y puede considerarse el principal pilar de Solvencia II. Así, el ORSA es definido por la EIOPA (*European Insurance and Occupational Pensions Authority* o Autoridad Europea de Seguros y Pensiones de Jubilación, AESPJ) como la totalidad de los procesos y procedimientos empleados para identificar, evaluar, monitorear, administrar e informar de los riesgos a los que una empresa se enfrenta o puede enfrentarse a corto y a largo plazo¹.

La información recopilada en su elaboración se presentará para su supervisión (ex considerando n.º 36 de la Directiva Solvencia II) en el plazo de dos semanas tras concluir la evaluación (art. 312.1b Reglamento Delegado).

- Informe sobre la situación financiera y de solvencia (*Solvency and Financial Condition Report*, **SFCR**)²:

Este informe presenta un carácter cualitativo y público, es decir, está dirigido al mercado. Su contenido está basado en la información relativa a la actividad y a los resultados de la entidad aseguradora y reaseguradora, al sistema de gobernanza, al perfil de riesgo, a la valoración a efectos de solvencia y a la gestión del capital³. Además, las entidades aseguradoras y reaseguradoras podrán añadir voluntariamente información relacionada con su situación financiera y de solvencia cuya publicación no se exija legalmente, siempre que dicha información resulte coherente con la facilitada a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Asimismo, este informe contendrá un resumen claro y conciso —que resulte comprensible para los tomadores y beneficiarios de los seguros— en el que se indique cualquier cambio significativo en los elementos antes numerados.

Los plazos transitorios para su divulgación serán, para los ejercicios económicos que terminen el 31 de diciembre de los años 2016, 2017 y 2018, de veinte, dieciocho y

¹ Puede consultarse más información sobre la importancia y relevancia de este informe en DE IPIÑA, J.: «ORSA representa más que un informe», en AA. VV.: *Actuarios*, n.º 32, Instituto de Actuarios Españoles, Madrid, 3 de junio del 2013, pp. 29 a 32, http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1075687 [Consulta de 27 de enero del 2015].

² Se regula en los artículos 290 y siguientes del Reglamento Delegado, así como en los artículos 91 y siguientes del ROSSEAR.

³ El artículo 92 del ROSSEAR es más explícito en la concreción del contenido de este informe.



dieciséis semanas, respectivamente. Desde el 2019 el plazo de divulgación será de catorce semanas.

- Informe periódico de supervisión (*Regular Supervisory Report, RSR*)⁴:

Se trata de un documento de carácter cualitativo y privado cuya información se suministrará de forma exclusiva a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Dicha información está relacionada principalmente con la actividad y los resultados de la entidad aseguradora y reaseguradora, con el sistema de gobernanza, con el perfil de riesgo, con la valoración a efectos de solvencia y con la gestión del capital. También deberá contener la información sobre los elementos anteriormente numerados que la citada Dirección General haya autorizado a no divulgar en el informe sobre la situación financiera y de solvencia (SFCR).

Asimismo, deberá contener un resumen que destacará en particular cualquier cambio significativo producido en los elementos relacionados con la información que se ha de facilitar, incluida una explicación concisa sobre las causas y los efectos de tales cambios. Dicho resumen contendrá información basada en el informe de supervisión EIRS (ORSA).

Su presentación será de carácter anual, aunque se entregará completo cada tres años, y su estructura puede consultarse en el anexo XX del Reglamento Delegado.

Los plazos transitorios de presentación del informe de supervisión anual serán, para los ejercicios económicos que terminen el 31 de diciembre de los años 2016, 2017 y 2018, de veinte, dieciocho y dieciséis semanas, respectivamente, siendo de catorce semanas a partir del 2019.

Los plazos transitorios de presentación del informe de supervisión trimestral serán, para los ejercicios económicos que acaben el 31 de diciembre de los años 2016, 2017 y 2018,

de ocho, siete y seis semanas, respectivamente. A partir del 2019 el plazo será de cinco semanas.

- Plantillas cuantitativas anuales y trimestrales (*Quantitative Reporting Templates, QRT*):

Se trata de documentos de carácter cuantitativo más sencillos que los anteriores y que deben ser remitidos a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de forma anual o trimestral, así como de modo individual o consolidado. En ellos la entidad debe ir consignando información de carácter cuantitativo, es decir, económico (balance, fondos propios, detalle de los activos, y de los pasivos en los seguros de vida y no vida, información sobre reaseguro, etc.), con el objetivo de permitir determinar el perfil de riesgo de la entidad aseguradora mediante la complementación y detalle de la información presentada en el informe periódico de supervisión y en el informe sobre la situación financiera y de solvencia (RSR y SFCR).

Cabe destacar que no todas las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán presentar las mismas plantillas y la misma información, sino que ello derivará del tipo de riesgo al que la entidad esté expuesta, de la complejidad y naturaleza de aquél, así como de las condiciones que debe cumplir la entidad. Ello responde al principio de proporcionalidad.

Su elaboración será anual y/o trimestral. Las plantillas anuales tienen como plazos transitorios para los ejercicios económicos que terminen el 31 de diciembre de los años 2016, 2017 y 2018, de veinte, dieciocho y dieciséis semanas, respectivamente. Desde el 2019 el plazo de presentación será de catorce semanas. Las plantillas trimestrales, con un ámbito más reducido que las anuales, tendrán un plazo transitorio, para los ejercicios económicos que concluyan el 31 de diciembre de los años 2016, 2017 y 2018, de ocho, siete y seis semanas, respectivamente. A partir del 2019 el plazo será de cinco semanas.

Responsabilidad derivada de accidentes de circulación:

la solución extrajudicial del conflicto prevista en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, y la posibilidad de recabar informes periciales de los institutos de medicina legal

1. El procedimiento extrajudicial

La Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación,

plantea como una necesidad la reforma del vigente baremo «para que cumpla su función de una forma efectiva, buscando un justo resarcimiento de los perjuicios sufridos por las víctimas y sus familias como consecuencia de un siniestro de tráfico». Y para ello considera fundamental

⁴ Se regula principalmente en el artículo 304.1b del Reglamento Delegado.



«una interpretación uniforme de las reglas del sistema, que dote de certidumbre al perjudicado y a las entidades aseguradoras respecto de la viabilidad de sus respectivas pretensiones, garantizando una respuesta igualitaria ante situaciones idénticas, y que contribuya decisivamente a la rápida solución extrajudicial de los conflictos».

En relación con este último objetivo, la ley introduce modificaciones en el procedimiento extrajudicial de resolución de conflictos entre los perjudicados y las entidades aseguradoras, previsto ya en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. Las líneas maestras de este procedimiento, regulado en el artículo 7 de la ley, son las siguientes:

- 1.ª) Con carácter previo a la interposición de la demanda judicial, ejerciendo la acción directa frente al asegurador, los perjudicados deberán comunicarle el siniestro y pedir la indemnización que corresponda. Esta reclamación interrumpirá el cómputo del plazo de prescripción, interrupción que se prolongará hasta la notificación fehaciente al perjudicado de la oferta o respuesta motivada definitiva.
- 2.ª) En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización (art. 7.2) que cumpla los requisitos del artículo 7.3. En caso contrario, o si la reclamación hubiera sido rechazada, dará una respuesta motivada que cumpla los requisitos del apartado 4 de ese mismo artículo.
- 3.ª) En caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada, las partes, de común acuerdo y a costa del asegurador, podrán pedir informes periciales complementarios, incluso al Instituto de Medicina Legal siempre que no hubiese intervenido previamente. Esta misma solicitud al referido instituto podrá realizarla el lesionado, aunque no tenga el acuerdo de la aseguradora, y con cargo a ésta. El Instituto de Medicina Legal que deba realizar el informe solicitará a la aseguradora que aporte los medios de prueba de los que disponga entregando una copia del informe pericial que emita a las partes (art. 7.5). Por consiguiente, la intervención del Instituto de Medicina Legal es como perito, con finalidad probatoria; no nos encontramos ante un peritaje dirimente, aunque entiendo que éste sería posible si las partes así lo pactaran. A tal fin, el artículo 479.5d de la Ley Orgánica del Poder Judicial (LOPJ), después de su reforma por la Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio,

había atribuido a los médicos forenses el ejercicio de esta función de emitir informes y dictámenes a solicitud de los particulares en las condiciones que se determinen reglamentariamente.

El perjudicado también podrá solicitar informes periciales complementarios, sin necesidad de acuerdo del asegurador, siendo aquéllos, en este caso, a su costa. En cualquier caso (haya habido o no acuerdo), esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales. En todo caso, se reanudará desde que el perjudicado conociese el rechazo de solicitud por parte del asegurador de recabar nuevos informes.

- 4.ª) El procedimiento extrajudicial es una posibilidad que se abre a las partes para intentar una solución amistosa del conflicto; en ningún caso es una vía que deban agotar con carácter obligatorio (art. 7.8). Si se opta por acudir a la vía judicial, dispone la norma que no se admitirán a trámite, de conformidad con el artículo 403 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), las demandas en las que no se acompañen los documentos que acrediten la presentación de la reclamación al asegurador y la oferta o respuesta motivada, si hubiera sido emitida por el asegurador.

2. El Real Decreto 1148/2015

Como antes dije, el artículo 7.6 de la Ley 35/2015 remite al desarrollo reglamentario las cuestiones relativas al procedimiento de solicitud, emisión, plazo y remisión de entrega del informe emitido por el Instituto de Medicina Legal, en el caso de que se solicite su intervención en los términos que veíamos anteriormente. «Igualmente —continúa el precepto—, dicha normativa garantizará la especialización de los médicos forenses en la valoración del daño corporal a través de las actividades formativas pertinentes».

Dicho desarrollo se aborda en el Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre, que, como la Ley 35/2015, entrará en vigor el primero de enero del 2016. Destaco en él las siguientes cuestiones:

- 1.ª) Ante la pluralidad de institutos de medicina legal (por ser una competencia transferida a las comunidades autónomas), preocupación básica del legislador ha sido asegurar la unidad del procedimiento: «De este modo, se sientan las bases de actuación que garanticen no sólo la calidad



de la pericia, sino también un procedimiento que determine el instituto competente para la emisión del dictamen cuando le sea solicitado, así como aquellas reglas que deban seguirse para asegurar la máxima objetividad y calidad en los resultados de la peritación. Además, para mayor garantía de calidad y de igualdad de trato en cualquier parte del territorio del Estado, es necesario establecer una normativa común que regule la petición pericial y el procedimiento para la realización de las pruebas e informes de manera que se apliquen unas normas mínimas a todos los institutos de medicina legal y ciencias forenses, con independencia de su comunidad autónoma».

- 2.ª) El ámbito objetivo de aplicación se circunscribe a la emisión del informe pericial de valoración del daño corporal sufrido con ocasión de un accidente de circulación, en el marco de la reclamación extrajudicial prevista en el artículo 7 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, en caso de disconformidad con la oferta motivada, para lo que se emitirá un informe ajustado a las reglas del sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (art. 2.2).
- 3.ª) Deberá recabarse el consentimiento informado de la víctima lesionada (art. 5.1), debiendo asegurarse el instituto de su existencia antes de realizar la peritación, y tanto el sujeto perjudicado como la entidad aseguradora deberán colaborar activamente con él aportando la documentación necesaria y facilitando el peritaje (art. 5.2).
- 4.ª) El informe pericial es un informe que se emite con todas las garantías de este organismo público, con carácter oficial (art. 10) y sometido al control de calidad establecido en el artículo 12 del real decreto, que prevé unos criterios de control uniformes, aunque deja abierta la puerta a que las comunidades autónomas que hayan recibido los trasposos de funciones y servicios en relación con los medios materiales de la Administración de Justicia puedan establecer sus propias normas para garantizar el control de calidad de los informes.
- 5.ª) El informe —dice el artículo 12.3—, junto con los resultados de las pruebas que en su caso se hubieran realizado, se entregará al sujeto perjudicado, que podrá hacer uso de aquél en el procedimiento subsiguiente (mediación o judicial) en caso de desacuerdo.



Análisis jurisprudencial

Transacción acordada entre actor y un codeudor solidario o asegurado.
Efectos frente a los restantes obligados

1. El supuesto

No deja de ser problemático el caso frecuente de un codeudor —el cual eventualmente será condenado como deudor solidario— que transige con el acreedor. Se presentan dos problemas típicos: si el actor puede reanudar el proceso contra el otro o contra otros codeudores y si el deudor condenado que paga tiene regreso contra quienes serían sus eventuales codeudores.

Vamos a centrarnos en casos conocidos como de «solidaridad impropia»: la solidaridad no está preestablecida para todos o para ninguno de los afectados *antes de que se dicte la correspondiente sentencia*. Se trata siempre de pleitos relativos a la responsabilidad civil. Lo que aquí se diga no rige necesariamente para la solidaridad preestablecida por contrato ni para supuestos de responsabilidad solidaria legal que no tienen su fuente en la comisión de un ilícito extracontractual (por ejemplo, la de los administradores sociales en el artículo 367 de la Ley de Sociedades de Capital o LSC).

2. La transacción satisfactiva puede ser aprovechada por los otros afectados

El actor, eventualmente demandante de responsabilidad civil extracontractual, no puede ser sobrecompensado. Por tanto, si con la primera transacción quedó *suficientemente* indemnizado, el segundo demandado se puede aprovechar de ello *en cualquier caso y sin atender a qué pactaron las partes de la transacción* porque, en el momento en que el (eventual) segundo codeudor solidario es demandando, *en este momento el dañado no tiene ya un crédito por daño resarcible*. Esto es independiente de si la transacción es una excepción «objetiva» de la deuda en el sentido del artículo 1143 del Código Civil (CC) o es una «excepción personal» del codeudor que ya pagó.

3. El regreso imposible contra los eventuales codeudores solidarios

Otra cosa que es igualmente irrefutable. La sentencia condenatoria del daño es la que constituye a los eventuales codañantes en codeudores solidarios («impropios») de la responsabilidad. Imaginemos que, habiendo sido demandados varios o uno, el actor transige

con uno de ellos, se llega al acuerdo y se evita el pleito. ¿Puede el demandado que pagó en transacción dirigirse en vía de regreso (art. 1145 CC) contra los que, fueran o no demandados, finalmente no fueron condenados porque la transacción puso fin al proceso? *No cabe vía de regreso por el artículo 1145 porque los otros sujetos, legitimados pasivos del regreso, ni siquiera han sido declarados (al no haber sentencia) deudores solidarios* (STS de 16 de febrero del 2010, RJ 1780). Con todo, el pagador puede demandarlos independientemente, intentando que le devuelvan todo o parte de lo pagado, por ejemplo, porque éstos no condenados fueron los causantes reales del daño. Pero todo eso lo tiene que probar el actor nuevo y no se puede fundar en el regreso legal típico de la solidaridad del artículo 1145 del Código Civil.

Para comprender esto último, representémosnos el supuesto y la doctrina de la Sentencia de la Audiencia Provincial de Asturias de 8 de octubre del 2007 (JUR\2008\34351), que resuelve bien el caso. Tras ser condenado el asegurado por un delito contra la seguridad del tráfico por conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, la compañía aseguradora, sin obtener la conformidad del asegurado, transige con el perjudicado y le abona una indemnización cuyo importe reclama después al asegurado. Aunque este último no intervino en la transacción, prosperaría el derecho de la aseguradora a repetir por la cantidad convenida con el tercero, en consideración a que el montante de la indemnización se hubiera incrementado sensiblemente de haberse dirimido la contienda ante los tribunales. Pero lo relevante no es eso, sino que el deudor dañante ya estaba constituido legalmente como codeudor (solidario).

4. Ni tan siquiera aunque la solidaridad fuera un presupuesto de la condena

Lo afirmado arriba se aplica incluso en el supuesto extremo de que el demandado haya sido condenado precisamente porque en ese caso *la sentencia declaró que respondía como solidario* (y que de otro modo no habría respondido), como ocurre en el caso del artículo 17.3 de la Ley de Ordenación de la Edificación. Es decir, aunque el demandado (elegido por el actor) *sólo pueda ser condenado si se le declara deudor solidario*, y así ocurre, y una vez condenado transige, no



puede regresar contra quienes —de haber sido también condenados— serían sus codeudores solidarios.

5. Oponibilidad de la transacción cuando existió un pago parcial transaccional

Supongamos que el actor y el demandado transigen, se pacta que el demandado que acuerda la transacción queda libre y el actor se reserva las acciones contra los demás. Suponemos para ello que este actor aún tiene una parte del crédito impagada, a pesar del acuerdo transaccional. Puede demandar a los otros. *Pero ¿pueden oponer éstos la transacción como una novación objetiva que extinguió la deuda solidaria de todos, conforme al artículo 1143 del Código Civil? No pueden (STS de 29 de noviembre de 1984, RJ 4368).* Primero, porque en esta materia la regla es —a diferencia de lo que ocurre con el pago en sentido estricto por un codeudor— que las excepciones «novatorias» no son objetivas, sino «personales» de quien las acuerda. Mas, siendo una solidaridad impropia, no pueden oponer esta transacción ni siquiera como excepción «personal» del artículo 1148 del Código Civil por la «parte que le toca» en la relación interna al deudor que transigió. Sólo pueden oponer, y esto sí es una excepción objetiva, que el crédito por daños es inferior, en su caso, al reclamado si el actor no ha descontado lo que recibió en virtud de la transacción. Es decir, sólo pueden oponer la transacción en la medida en que conduzca a un pago parcial.

6. Transacción con el asegurado y oponibilidad por el asegurador

Ahora nos queda el supuesto de seguro de responsabilidad civil. Actor y dañante asegurado transigen por una cantidad, se pacta que el dañante queda exonerado de toda responsabilidad adicional y quedan reservadas acciones contra el asegurador. El Tribunal Supremo ha resuelto recientemente (STS de 4 de marzo del 2015, RJ 714) *que también el asegurador queda liberado de toda responsabilidad*, con independencia (porque no se discutió) de si con la transacción se consideró o no pagado de todo el daño. La razón de esta liberación es que el asegurador no puede ser declarado responsable, sea o no codeudor solidario, se aplique o no la inoponibilidad de excepciones del artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), si el asegurado no es responsable de la deuda. Según la sentencia, «el asegurador puede oponer al perjudicado las excepciones personales que tenga con éste, y, entre ellas, se encuentran las basadas en la relación entre el tercero perjudicado y el asegurado. Está permitido al asegurador plantear como excepciones comunes, porque afectan al asegurador y al asegurado,

como deudores solidarios frente al tercero perjudicado, las excepciones que afectan a la vida de la relación obligatoria de resarcimiento, entre otras, el pago. En la Sentencia de 25 de junio de 2012 se considera que la acción directa del perjudicado contra la aseguradora, regulada en el art. 76 LCS, tiene por objeto exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar que, en el presente caso, se extinguió mediante el pago que había efectuado previamente el asegurado».

Dejemos de lado los hechos extraños de esta sentencia (el dañado se comprometía a compartir con el actor parte de la indemnización), así como la sospecha de un posible propósito fraudulento (aunque no sospecho cuál) y quedémonos con la doctrina de la resolución y su sustancia para el futuro. Tampoco queda claro por qué no reclamó el asegurado a la aseguradora la cantidad pagada al dañado. En cualquier caso, no creo aplicable el artículo 74 de la Ley de Contrato de Seguro (deber de colaboración del asegurado en la llevanza de la defensa), y el Tribunal Supremo tampoco lo menciona.

7. Crítica: el asegurador sólo puede oponer el pago parcial

Esta sentencia contiene una doctrina incorrecta. Suponemos a los efectos discursivos que la indemnización transada no agotaba todo el crédito indemnizatorio del dañado. Miles de veces ha sostenido la jurisprudencia que la acción directa contra el asegurador es independiente de la acción contra el dañante (por ejemplo, STS de 10 de mayo del 2006, RJ 2349). Es cierto que el asegurador no responde si de hecho el asegurado no era responsable del daño. Pero esto es una cosa, y otra distinta es que, en virtud de la transacción, el asegurado quede convencionalmente «exonerado» de cualquier otra acción del dañado. Porque con eso no se niega que el asegurado fuera responsable, sino que se reconoce tal extremo, y por ello se paga. La transacción no pertenece al estrato de la responsabilidad del asegurado, sino del cumplimiento de la deuda. Y si la deuda no ha sido enteramente pagada, es conforme a derecho que el asegurador pague el resto, como si el otro codeudor solidario hubiere hecho un pago parcial. Más aún, es casi seguro que el pago transaccional habrá sido un pago parcial. ¿Qué incentivo iba a tener de otra forma un asegurado para pagar toda la indemnización pedida si tiene detrás de él un seguro de responsabilidad civil por cuantía superior al montante de la deuda? Por lo mismo, el asegurado tiene incentivos para un pago parcial (el déficit de cobertura) si el capital del seguro no cubre todo el daño eventual. En cualquier caso, es casi seguro que la transacción no habrá supuesto en ningún caso sino un pago parcial al dañado.



Según la sentencia, la compañía puede alegar la transacción del asegurado como una excepción en el sentido del artículo 1148 del Código Civil. Es un error. En solidaridades impropias no actúan los artículos 1143 a 1148 de dicho código. Aunque actuaran, la liberación sólo sería por la parte de responsabilidad que ha asumido el asegurado en la transacción. Mas no porque se trate de una «excepción personal» o de una

excepción «objetiva» al vínculo de solidaridad, sino porque el acreedor ya ha cobrado parte de la deuda (cfr. SSTs de 29 de septiembre de 1984, RJ 4368, y de 10 de julio de 1990, RJ 5791).

No cabe decir tampoco que la transacción erosiona los medios de defensa del asegurador. La transacción es, respecto de él, naturalmente, *res inter alios acta*.

Reclamación de primas (y fracciones de ellas) posteriores a la primera: el significado del plazo de seis meses previsto en el artículo 15.2 LCS

En su Sentencia de 9 de diciembre del 2015 (RJ 2015/5732), la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo ha tenido ocasión de decidir sobre una reclamación formulada por una compañía de seguros contra la tomadora de tres pólizas de seguros de automóviles. Y, en ese contexto, se ha pronunciado acerca del significado del plazo de seis meses que concede el artículo 15.2 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS) al asegurador para reclamar el pago de la prima.

1. Antecedentes

Las pólizas en cuestión se concertaron en los años 2007 y 2008. Se estableció en ellas una prima anual, si bien se pactó un fraccionamiento trimestral del pago. La controversia surgió como consecuencia de que en julio del 2009 la sociedad tomadora dejó de pagar la fracción de la prima correspondiente al tercer trimestre de ese año. Tampoco pagó posteriormente fracción alguna de la prima correspondiente al 2010. Ante estas circunstancias la aseguradora formuló una reclamación extrajudicial (mediante burofax) el día 24 de diciembre del 2010. Dicha reclamación no fue atendida, de manera que el 29 de mayo del 2012 se interpuso una demanda judicial en la que se reclamaba el pago de las fracciones de la prima correspondientes al 2009 pendientes de cobro y de la prima correspondiente al 2010.

La pretensión descrita fue desestimada en primera instancia, pero estimada en apelación por la Audiencia Provincial de Vizcaya. La compañía tomadora interpuso recurso de casación, el cual fue parcialmente estimado por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 9 de diciembre del 2015 antes mencionada. En concreto, el Tribunal Supremo estimó la reclamación formulada en lo que se refería a las fracciones de prima no pagadas del 2009, pero la rechazó en cuanto a la prima del 2010.

2. Doctrina jurisprudencial que se toma como base

En su razonamiento el Tribunal Supremo partió de la doctrina sentada acerca del artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro en sus sentencias de 30 de junio y de 10 de

septiembre del 2015 ([RJ 2015/2555; RJ 2015/4182] la primera de ellas ya fue objeto de reseña en el número 3 —noviembre del 2015— de este *Boletín de Seguros*). En este momento bastará con recordar, por tanto, las ideas de la referida doctrina que resultaron relevantes en la argumentación desarrollada en la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de diciembre del 2015:

- 1) En los supuestos del artículo 15.2 de la Ley de Contrato de Seguro (impago de una de las primas «siguientes»), el contrato (y, con él, la cobertura del seguro) continúa vigente durante el primer mes posterior a la fecha del vencimiento (y, por tanto, al impago de la prima). De tal modo que, si el siniestro acaeciera en este lapso temporal, el asegurador estaría obligado a indemnizar al asegurado en los términos convenidos en el contrato. Y, por supuesto, quedaría sujeto al ejercicio por el tercero de la acción directa del artículo 76 de la mencionada ley.
- 2) A partir del mes siguiente al impago de la prima y durante los cinco posteriores (mientras el tomador siga sin pagar la prima y el asegurador no haya resuelto el contrato), la cobertura del seguro queda *suspendida*. Esto significa que *inter partes* la cobertura no despliega efectos, de tal forma que la compañía aseguradora no tendrá obligación alguna frente a la asegurada si el siniestro se produce en este tiempo. Sin embargo, la suspensión de la cobertura del seguro no opera frente al tercero que eventualmente ejerza la acción directa del artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguro (dado que la acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado).
- 3) Transcurridos seis meses desde el vencimiento de la prima (y siempre que el asegurador no hubiera reclamado su pago), el contrato de seguro quedará *extinguido* de forma automática y por efecto de la propia disposición legal, sin que sea preciso instar su resolución. Lógicamente, el siniestro acaecido con posterioridad a la extinción del contrato no queda



cubierto por el seguro. En consecuencia, el asegurador, no sólo no responderá de la indemnización frente al asegurado, sino que tampoco lo hará frente al tercero que pretenda ejercer la acción directa.

- 4) En el caso de que se hubiere convenido un fraccionamiento en dos plazos del pago de la prima periódica, debe entenderse que se produce la falta de pago a los efectos del artículo 15.2 de la Ley de Contrato de Seguro cuando se deja de pagar la primera fracción, sin que sea necesario esperar a que se produzca el impago de la segunda.

3. La doctrina sentada en torno al plazo para reclamar las primas (o las fracciones de primas) insatisfechas

La doctrina que se acaba de exponer fue elaborada en su momento para explicar por qué determinados siniestros acaecidos después de los impagos de la prima no quedaban cubiertos por el seguro concertado en un principio. La Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de diciembre del 2015 que ahora se comenta parte de esas ideas, pero se basa en ellas para solucionar un problema distinto: el relativo al plazo hábil para reclamar las primas impagadas.

El razonamiento del Tribunal Supremo discurrió por los siguientes cauces:

- a) En cuanto a las primas correspondientes al año 2010, se consideró que no resultaban exigibles porque los tres contratos de seguro concertados no habían sido prorrogados para dicho año, sino que habían quedado extinguidos con anterioridad. En efecto, según entendió el Tribunal Supremo, el impago de la tercera fracción de las primas correspondientes al 2009 determinó que, después de un mes de gracia y durante los cinco meses siguientes, la cobertura de las tres pólizas quedara en suspenso. Pero, transcurridos estos seis meses sin que dichas primas hubieran sido reclamadas, los tres contratos de seguro quedaron extinguidos, conforme a lo previsto en el artículo 15.2 de la Ley de Contrato de Seguro.
- b) En lo que concierne a las primas correspondientes al 2009, el Tribunal Supremo consideró que el contrato estuvo vigente durante ese año (incluso se llegaron a pagar las dos primeras fracciones de la prima anual), por lo que el tomador se encontraba obligado al pago de las primas. De tal forma que la suspensión de la cobertura del seguro (producida una vez transcurrido el «plazo de gracia» de un mes contado desde el vencimiento de la obligación de pago de la tercera fracción de la prima) no eliminó la exigibilidad de la prima. De hecho, el Tribunal

Supremo recuerda que la doctrina jurisprudencial antes expuesta indica que, durante ese tiempo, la suspensión de la cobertura del seguro puede hacerse valer frente a las reclamaciones formuladas por el asegurado, pero no frente a las reclamaciones de los eventuales terceros perjudicados.

De ahí —continúa el tribunal— que ni la suspensión de la cobertura ni la posterior extinción del seguro (transcurridos seis meses desde del impago de la prima) provoquen la extinción de la obligación de pago de la prima, total o parcialmente pendiente de satisfacción.

Estas manifestaciones del Tribunal Supremo son de gran relevancia porque suponen afirmar que el plazo de seis meses previsto en el artículo 15.2 de la Ley de Contrato de Seguro juega sólo a los efectos de evitar el efecto de la extinción del contrato de seguro, pero que en ningún caso constituye un plazo de caducidad cuya expiración impida la posterior reclamación de las primas debidas. Esto es: según la sentencia comentada, si no se reclama en esos seis meses, el contrato se extingue, pero el asegurador no pierde el derecho a reclamar las primas vencidas.

El problema se desvía así —en opinión del Tribunal Supremo— al plano de la disciplina de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y, por tanto, al ámbito del artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro. Aplicando este precepto, el *dies a quo* del plazo de prescripción (dos años) de la acción de la compañía aseguradora lo sitúa el Tribunal Supremo en el 1 de octubre del 2009, fecha del vencimiento de la obligación de pago de la última (cuarta) fracción de las primas anuales (la sentencia comentada no se detiene a explicar por qué computa el plazo desde esa fecha y no desde el vencimiento de la obligación de pago de la tercera fracción trimestral). Como el cómputo fue interrumpido por un burofax remitido el 24 de diciembre del 2010, resultaba claro que la acción no se encontraba prescrita cuando, en mayo del 2012, se presentó la correspondiente demanda judicial (obsérvese que en cuanto a las causas de interrupción de la prescripción, el Tribunal Supremo aplica —aunque no lo diga expresamente— el artículo 1973 del Código Civil —que prevé la reclamación extrajudicial como causa de interrupción del cómputo del plazo— y no el artículo 944 del Código de Comercio, siguiendo así la doctrina ya sentada en las sentencias del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 1995, de 31 de diciembre de 1998, de 21 de marzo del 2000, de 31 de marzo del 2001, de 8 de marzo del 2006, de 8 de octubre del 2009 y de 8 de abril del 2010).



Como consecuencia de lo expuesto, el Tribunal Supremo casó la sentencia de la Audiencia y condenó a la sociedad tomadora a pagar el importe de las

fracciones correspondientes al tercer y cuarto trimestres del 2009 de las primas de las tres pólizas suscritas.

Reclamaciones entre compañías aseguradoras: la competencia judicial internacional en caso de «intervención en el proceso»

STJUE de 21 de enero del 2016, as. C-521/14

El artículo 6.2 del Reglamento 44/2001 tiene el mismo contenido que el artículo 8.2 del Reglamento 1215/2012, que ha venido a sustituirlo. Por ello, aunque esta sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea se refiere al primero, lo en ella resuelto resulta aplicable al segundo.

Según el citado artículo 6.2, «[u]na persona domiciliada en un Estado miembro también podrá ser demandada: [...] si se trata de una demanda sobre obligaciones de garantía o para la intervención de terceros en el proceso, ante el tribunal que estuviere conociendo de la demanda principal, salvo que ésta se hubiere formulado con el único objeto de provocar la intervención de un tribunal distinto del correspondiente al demandado. [...]».

Dicho precepto no se aplica en los litigios en materia de seguros que enfrentan al tomador, beneficiario o asegurado (parte débil en la relación contractual) frente a la aseguradora, puesto que para esos casos los reglamentos ya prevén unos foros especiales de protección, los cuales no brindan la posibilidad de recurrir al artículo 6.2 (art. 8.2 del texto actual). No obstante, cuando quien alega ese criterio competencial es una compañía de seguros que quiere reclamar a otra, a su vez demandada en el litigio principal, no nos encontramos ante una situación en la que quepa

alegar los foros de protección y procede, en su caso, aplicar este criterio de conexidad procesal para determinar la competencia. Esta posibilidad está en todo caso sujeta a que exista una relación estrecha entre ambas pretensiones y a que la primera reclamación no se haya formulado con el único objeto de que se emplace al demandado ante un tribunal distinto del que le corresponde.

En el caso, la víctima de un accidente en Alemania demandó en Finlandia a la aseguradora alemana del vehículo responsable del daño (en aplicación de las reglas de competencia judicial internacional en materia de seguros que permiten a la víctima demandar ante los tribunales del Estado de su domicilio). El accidente se calificó de laboral, por lo que otra compañía domiciliada en Finlandia satisfizo a la víctima ciertas cantidades como indemnización. Esta segunda compañía ejerció una acción contra la primera aseguradora ante el mismo tribunal en que aquélla había sido demandada mediante la cual le solicitó el reembolso de lo que había pagado a la víctima. La aseguradora alemana defendía que, en materia de seguros, no cabe recurrir al artículo 6.2 para afirmar la competencia. Planteada la cuestión prejudicial al Tribunal de Justicia de la Unión Europea, éste ha resuelto en el sentido señalado en el párrafo anterior.

Ley aplicable a la acción de repetición entre entidades aseguradoras: ¿responsabilidad contractual o extracontractual?

STJUE de 21 de enero de 2015, ass. acs. C-359/14 y C- 475/14

En los asuntos acumulados que dieron lugar a las cuestiones prejudiciales que se plantearon al Tribunal de Justicia de la Unión Europea, los hechos son muy similares: habiéndose producido un accidente de circulación como consecuencia de la actuación del conductor de un vehículo de tracción con remolque acoplado, la aseguradora del vehículo indemniza a las víctimas y posteriormente pretende repetir frente a la aseguradora del remolque, a la que exige una parte de la indemnización pagada. En ambos casos el litigio está conectado con distintos Estados, lo que origina la cuestión de cuál es la ley aplicable a la reclamación entre las aseguradoras y, más en concreto, si la respuesta hay que

buscarla en el Reglamento Roma I, sobre la ley aplicable a las obligaciones contractuales, o en el Reglamento Roma II, sobre la ley aplicable a las obligaciones extracontractuales.

El mencionado tribunal afirma los siguiente: 1) en los asuntos remitidos existen obligaciones contractuales (obligaciones libremente asumidas por una parte frente a la otra) entre las entidades aseguradoras y, respectivamente, los titulares o conductores del vehículo de tracción y los titulares del remolque, pero no entre las dos entidades aseguradoras; 2) la existencia y el alcance de la obligación



de indemnización de las víctimas depende en primer lugar de apreciaciones relativas a los accidentes que provocaron el daño, que son de naturaleza delictual y, en consecuencia, ajenas a la relación contractual que une a las entidades aseguradoras y a sus respectivos asegurados; 3) la existencia de un derecho de recurso de la entidad aseguradora de un vehículo de tracción (cuyo conductor provocó el accidente) contra la entidad aseguradora del remolque, una vez se ha indemnizado a la víctima, no puede deducirse de un contrato de seguro, pero presupone que simultáneamente se genere la responsabilidad delictual del titular del remolque respecto a esa misma víctima; 4) la obligación de reparación que recae sobre el titular del remolque es, en consecuencia, extracontractual y la ley que le resulta aplicable debe determinarse a la luz del Reglamento Roma II; 5) el artículo 4 del Reglamento Roma II conduce a la aplicación de la ley del país en que se produjo el daño, que determina las condiciones y el alcance de la responsabilidad y las causas de reparto de dicha responsabilidad.

Tras constatar lo anterior, el tribunal señala que la obligación de una entidad aseguradora de indemnizar el daño causado a una víctima resulta del contrato que vincula a la entidad con el asegurado responsable. En consecuencia, es la ley aplicable a cada uno de los contratos de seguro (los de los vehículos de tracción y los de los remolques, respectivamente), determinada en aplicación del Reglamento Roma I, la que establece si las entidades aseguradoras estaban obligadas por los contratos a indemnizar a las víctimas de los accidentes.

Respecto a la acción subrogatoria de la aseguradora del vehículo, que pagó, frente a la del remolque, el artículo 19 del Reglamento Roma II establece que «[c]uando

en virtud de una obligación extracontractual, una persona (el acreedor) tenga derechos respecto a otra persona (el deudor) y un tercero esté obligado a satisfacer al acreedor o haya, de hecho, satisfecho al acreedor en ejecución de esa obligación, la ley aplicable a esta obligación del tercero, determinará si, y en qué medida, éste puede ejercer los derechos que el acreedor tenía contra el deudor según la ley que rige sus relaciones».

De este modo, la obligación de la entidad aseguradora de cubrir la responsabilidad del asegurado frente a la víctima y las condiciones en que puede ejercer los derechos de la víctima contra los responsables del accidente depende de la ley aplicable al contrato, conforme al Reglamento Roma I, mientras que la ley aplicable a la determinación de las personas que pueden ser declaradas responsables y el eventual reparto de responsabilidad entre éstas y sus entidades aseguradoras sigue sujeto a la ley rectora de la responsabilidad extracontractual, en aplicación del Reglamento Roma II.

A consecuencia de todo lo anterior, los órganos jurisdiccionales deben actuar en dos fases: en la primera determinarán, de conformidad con las normas de derecho nacional aplicable en virtud del Reglamento Roma II, cómo tienen que repartirse las indemnizaciones por daños y perjuicios que deben pagarse a las víctimas entre el conductor y el titular del vehículo de tracción, por una parte, y el titular del remolque, por otra. En la segunda fase, determinarán la ley aplicable a los contratos de seguro (Roma I) para saber si las entidades aseguradoras pueden, por la vía subrogatoria, ejercer los derechos de la víctima contra la entidad aseguradora del remolque y en qué medida.

Las aportaciones a planes de pensiones de la empresa y su polémica integración en la estructura salarial

1. Las limitaciones a las aportaciones en planes de pensiones en el sector público y su delimitación conceptual

1.1. En los últimos meses, los tribunales del orden social han venido enfrentándose a una nueva consideración de las aportaciones a planes y fondos de pensiones. Como consecuencia de la crisis económica, diferentes leyes de presupuestos consignaron limitaciones a la obligación de empresas o Administraciones de aportar a planes de pensiones de sus empleados. Así, la Ley 22/2013, de 22 de diciembre (BOE de 26 de diciembre), dispuso en su artículo 20.4 que la masa salarial del personal laboral no podía incrementarse en el 2014. Este

concepto se encuentra integrado por el conjunto de las retribuciones salariales y extrasalariales y los gastos de acción social devengados por dicho personal. Se exceptúan de esta disposición, sin embargo, las prestaciones e indemnizaciones de la Seguridad Social, las cotizaciones al sistema de la Seguridad Social a cargo del empleador, las indemnizaciones correspondientes a traslados, suspensiones o despidos y las indemnizaciones o suplidos por gastos en que hubiera incurrido el trabajador.

En principio, gastos de acción social son aquellas contribuciones del empresario destinadas a atender situaciones de necesidad (las recogidas en los



artículos 41 y 50 de la Constitución) y, entre ellas, las denominadas «mejoras voluntarias al sistema de la Seguridad Social» del artículo 238 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), así como las protegidas mediante contratos colectivos de seguros y los planes y fondos de pensiones. En atención al artículo 1 de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones (LPFP, aprobada por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre; *BOE* de 13 de diciembre), los planes de pensiones suponen el derecho de las personas a cuyo favor se constituyen a percibir rentas o capitales por jubilación, supervivencia, viudedad, orfandad o invalidez, rentas en todo caso de carácter privado y complementarias al sistema de la Seguridad Social. Por lo tanto, y puesto que la masa salarial está integrada, entre otros conceptos, por el de gastos de acción social, no cabría efectuar aportaciones a los planes de pensiones para evitar un incremento de aquélla.

1.2. En torno a esta afirmación se ha venido planteando el conflicto sobre la naturaleza de las aportaciones empresariales de un plan de pensiones en relación con los límites que la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2014 (LPGE/2014) impone al crecimiento de la masa salarial. Las empresas públicas han venido considerando que no cabe aplicar la obligación convencional que prevé la realización de aportaciones empresariales a planes de pensiones y que tal obligación únicamente sería factible si, para compensar la prohibición de crecimiento de la masa salarial, se redujeran los costes salariales (entre otros, con reducciones salariales). Tras prohibiciones absolutas, en el 2014 se permitieron aportaciones siempre que no se produjera un incremento de la masa salarial, por lo que podrían efectuarse si se consideraba que estas aportaciones no integraban la masa salarial.

En principio, la base de la argumentación para defender esta tesis es que todas las leyes de presupuestos anteriores han calificado las aportaciones a planes y fondos de pensiones como retribución diferida y no como gasto de acción social. Pero precisamente es su consideración de retribución y, por tanto, su calificación como gasto de personal lo que se intenta limitar con las últimas leyes de presupuestos. No puede desconocerse, sin embargo, que la condición de retribución diferida de las cantidades destinadas a financiar aportaciones a planes de pensiones no produce efectos hasta que se cubra la situación protegida y sea, entonces, cuando el partícipe pueda disponer del patrimonio constituido a su favor. No en vano, y al contrario de lo que ocurría con las mejoras

voluntarias administradas por el empresario, los partícipes son titulares de las aportaciones desde el momento en que el empresario las lleva a cabo, *ex artículo* 8.4 de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, por lo que, desde ese mismo momento, deberán ser consideradas un coste para el empresario que integra la masa salarial en los términos definidos por el legislador. Este planteamiento conduce al Tribunal Supremo a afirmar que «las aportaciones a planes de pensiones forman parte incuestionable de la masa salarial en tanto que teniendo como finalidad la de percibir rentas para atender a las contingencias previstas en el artículo 1 de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones constituyen gastos de acción social» (STS de 9 de octubre del 2015, Ar. 263247, FJ 4).

2. Las contradicciones en el cumplimiento/incumplimiento de la externalización de los compromisos por pensiones

2.1. Esta misma cuestión se planteó en la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de marzo del 2015 (Ar. 1650), en la cual el Tribunal Supremo adoptó una conclusión distinta. En aquel supuesto se optó por no aplicar la limitación contenida en la ley presupuestaria por entender que se trataba de compensaciones económicas a trabajadores prejubilados por una empresa del sector público, cantidades no incluidas en la definición del legislador. Y, así, al cuestionarse si las cantidades abonadas periódicamente a los prejubilados de una empresa pública constituían objetivamente un gasto de personal y, por lo tanto, debían someterse a los límites establecidos para tales gastos o, por el contrario, se trataba de indemnizaciones por despido diferidas, no sujetas a dicha limitación, el tribunal rechazó la primera hipótesis. Como se expuso, el artículo 22.4 de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2014 exceptúa de la masa salarial las indemnizaciones correspondientes a traslados, suspensiones o despidos, por lo que, si la naturaleza jurídica de las cantidades cuya revalorización se demanda es propiamente indemnizatoria, debería admitirse la aportación empresarial. Y así lo considera el Tribunal Supremo en el pronunciamiento citado por entender que, aun diferida, se trata de una indemnización por despido, tal y como consta en el acta que recoge el acuerdo que pone fin al procedimiento por despido colectivo.

Una vez admitido que la empresa entraba dentro del ámbito de aplicación del sector público [sociedad estatal cuyo capital social pertenece íntegramente al Estado a través de la Sociedad



Estatutal de Participaciones Industriales (SEPI)], el artículo 22.3 de la Ley 17/2012, de 27 de diciembre (BOE de 28 de diciembre), de Presupuestos Generales del Estado para el 2013, establecía que, durante el año 2013, las Administraciones, entidades y sociedades a que se refiere la norma no podrían realizar aportaciones a planes de pensiones o contratos de seguro que incluyeran la cobertura de contingencia de jubilación. No obstante, y siempre que no se produjera un incremento de la masa salarial, podrían formalizar contratos de seguro colectivo que incluyeran la cobertura de contingencias distintas a la jubilación. Pues bien, la empresa en cuestión suscribió un plan de prejubilación al concluir un despido colectivo, pero, tras comenzarse el proceso de liquidación de aquélla, nunca llegó a externalizar los compromisos adquiridos con sus prejubilados y no suscribió contrato o plan alguno a tal fin. En tal caso, fue la SEPI la obligada a cumplir todos los compromisos adquiridos por la empresa.

- 2.2. Ante tal situación, el Tribunal Supremo no admite que, por primera vez, se pretenda aplicar la Ley de Planes y Fondos de Pensiones para constituir un plan de pensiones que permita la percepción de renta o capital por jubilación. En consecuencia, al no existir ningún plan de pensiones o contrato de seguro colectivo constituido con el fin de instrumentar los compromisos u obligaciones por pensiones deviene también inaplicable la prohibición de efectuar aportaciones durante el 2013 (STS de 9 de marzo del 2015, Ar. 1650, FJ 4). Tampoco procede entender que la indicada compensación económica para acceder a la prejubilación configurada como una cantidad garantizada o garantía económica pueda calificarse como salario, pues el prejubilado ya no presta servicios en la empresa y no tiene derecho a un salario en los términos en que éste se define en el artículo 26.1 del Estatuto de los Trabajadores. En consecuencia, no resulta de aplicación la prohibición de incrementar la masa salarial en el año 2013 (integrada por retribuciones salariales, extrasalariales y gastos de acción social) que afecta, básicamente, a las retribuciones del personal en activo. Y, así, no estando previstas en la ley presupuestaria aplicable las compensaciones económicas garantizadas de abono periódico en supuestos de prejubilación, no procede la aplicación del límite correspondiente.

Una solución no pacífica, toda vez que el voto particular que la compañía estima como incuestionable el hecho de que la garantía económica sobre la que se basa el plan de prejubilación pactado por la empresa no es más que un gasto de personal limitado

por la legislación presupuestaria. Esa limitación temporal afecta de forma omnicompreensiva a todos los acuerdos, convenios o pactos que impliquen crecimientos retributivos, tal y como literalmente dispone, a modo de cláusula de cierre, el artículo 22.8 de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2013. De hecho, la referida garantía económica abarca el denominado periodo de prejubilación hasta alcanzar los afectados la edad de sesenta y cinco años, edad en que el trabajador puede acceder a la jubilación ordinaria. En este sentido, no parece que admita duda alguna que las percepciones periódicas de estos trabajadores prejubilados, calculadas sobre el salario regulador bruto, deben ser consideradas gastos de personal en el sentido descrito, y así se deriva de anteriores manifestaciones jurisprudenciales (SSTS de 31 de mayo del 2012, Ar. 8958, y de 10 de julio del 2012, Ar. 9302). Del mismo modo, integran la masa salarial a la que aluden los preceptos en cuestión y forman parte de la retribución del personal del sector público.

No constituyen, en contra de lo apuntado por la tesis mayoritaria, «indemnizaciones correspondientes a traslados, suspensiones o despidos» aunque sólo sea porque no existe el más mínimo indicio de que pudieran obedecer realmente a cualquiera de tales conceptos. Pero es que, aunque las repetidas percepciones pudieran tener un cierto carácter resarcitorio de la adscripción voluntaria a las bajas incentivadas de un despido colectivo, como podría ser el caso, su incremento anual en función del índice de precios de consumo de cada año carece ya de tal naturaleza y, dada la contundencia legal de la prohibición (deviniendo inaplicables las cláusulas que establezcan cualquier tipo de incremento, *ex art.* 22.4 LPGE/2013), han de verse afectadas por ella, igual que, sin duda, ha de suceder con las retribuciones de quienes aún permanecen en activo. La aplicación, pues, del límite presupuestario no alberga duda alguna para los magistrados firmantes del voto particular.

3. Sobre la naturaleza salarial de las aportaciones empresariales a planes y fondos de pensiones

- 3.1. Desde que surgiera la obligación de externalizar los compromisos por pensiones, las empresas, tras establecer estos últimos, han de suscribir un contrato de seguro o un plan de pensiones. La Ley 30/1995, de 8 de noviembre (BOE de 9 de noviembre), de ordenación y supervisión de los seguros privados (sustituida después por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 2 de octubre, BOE de 5 de noviembre, en vigor hasta el 1 de enero



del 2016, fecha en la que resultará de aplicación la Ley 20/2015, de 14 de julio, *BOE* de 15 de julio), modificó la Ley de Planes y Fondos de Pensiones (entonces Ley 8/1987, de 8 de junio, *BOE* de 9 de junio) para dotar de un contenido nuevo a su disposición adicional primera, adaptando nuestra legislación a las previsiones del artículo 8 de la Directiva 80/987, de 20 de octubre (*DO* de 28 de octubre), sobre protección de los derechos de los trabajadores en supuestos de insolvencia empresarial. Hoy, dicha disposición (ya en el texto vigente de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones), recoge la obligación de instrumentar los compromisos por pensiones asumidos por las empresas (incluidas las prestaciones causadas) desde el momento en que comience el devengo de su coste mediante contratos de seguros, comprendidos los planes de previsión social empresariales y los seguros colectivos de dependencia, a través de la formalización de un plan de pensiones o varios de estos instrumentos. Una vez instrumentados, la obligación y responsabilidad de las empresas por los referidos compromisos por pensiones se circunscribirán exclusivamente a las asumidas en dichos contratos de seguros o en los planes de pensiones correspondientes.

Se consideran compromisos por pensiones aquellos que se derivan de una obligación legal o contractual adquirida por el empresario para con el personal de la empresa, siempre que se encuentren vinculados a las contingencias recogidas en el artículo 8.6 de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones (a saber, jubilación, incapacidad laboral total y permanente, absoluta o gran invalidez, muerte del partícipe o del beneficiario, dependencia severa o gran dependencia del partícipe). Con el tiempo, la ley ha intentado incluir supuestos que generaban necesidades en la realidad social. Sirva de ejemplo la previsión contenida en el artículo 8.6a de dicha ley para prever el pago de la prestación correspondiente a la jubilación en caso de que el partícipe, sea cual sea su edad, extinga su relación laboral y pase a situación legal de desempleo tras la reestructuración de su empresa. En cualquier caso, las pensiones podrán revestir la modalidad de percepción fijada libremente por el partícipe con las limitaciones únicas que establezcan las especificaciones del plan suscrito, comprendida toda prestación que se destine a la cobertura de tales compromisos, independientemente de su denominación.

- 3.2. Dada la trascendencia, pues, de la aportación efectuada por la empresa a un plan de pensiones (de las tres modalidades que configura la ley

—individual, colectiva y de empleo—, la única en la que empresarios y trabajadores son protagonistas es esta última, esto es, la de los planes de pensiones del sistema de empleo), no es extraño que se sucedan conflictos de esta naturaleza en el orden social. Sorprende, con todo, que, en relación con los supuestos planteados, el Tribunal Supremo adopte posiciones tan distintas (naturaleza salarial o indemnizatoria) respecto de una misma realidad, sin menospreciar las diferencias derivadas de cada situación. Mas, lo cierto es que, en un caso, el cumplimiento de la obligación de externalizar provoca la aplicación de la limitación de aportar al plan de pensiones (se considera masa salarial y no puede ser incrementada en el sector público) y, en el otro, el incumplimiento de la obligación de externalizar conlleva la inaplicación de la limitación correspondiente (no constituye masa salarial porque no se ha suscrito el plan de pensiones, como era preceptivo y, por tanto, no se aplica la limitación presupuestaria).

Con todo, y trascendiendo los elementos propios de cada uno de los conflictos descritos, conviene efectuar algunas precisiones. La primera, que la naturaleza jurídica de lo que se aporta (contribuciones del empresario, del trabajador o de ambos a la vez) o de lo que se percibe (pensiones y algunas prestaciones) no resulta idéntica, toda vez que las aportaciones pueden tener la naturaleza de salario (se materializan durante la etapa activa del trabajador), mientras que las prestaciones no lo son (son pensiones y se desarrollan en el ámbito jurídico como tales). La segunda, que externalizar los compromisos de prestaciones ya causadas (por ejemplo, el complemento en una prejubilación) puede tener rasgos distintos —aunque se trate de una aportación al plan de pensiones— a la fijación de la obligación del empresario en la negociación colectiva de contribuir al plan de pensiones de sus empleados (en el primer caso puede tratarse, ciertamente, de una indemnización por despido con un aplazamiento periódico en su percepción y, en el segundo, de una contribución salarial del empleador). La tercera, que las mejoras voluntarias han sido consideradas siempre como prestaciones de la Seguridad Social a efectos de su exclusión de la cotización a la Seguridad Social —en tanto percepciones extrasalariales— y las aportaciones a planes de pensiones también lo fueron hasta que, en el 2013 (Real Decreto Ley 16/2013, de 20 de diciembre, *BOE* de 21 de diciembre), las retribuciones en especie (incluidas las aportaciones a los planes de pensiones) se integraron en la base de cotización de la Seguridad Social. La cuarta, que, pese a lo anterior, la



consideración salarial o extrasalarial de estas aportaciones no deriva de su inclusión o exclusión en la cotización a la Seguridad Social, por lo que su calificación como salarial —salario en especie— o extrasalarial —mejora de las prestaciones de Seguridad Social— dependerá de la finalidad de la aportación —retribuir o no el trabajo por cuenta ajena— y no de su repercusión —como cotización o

no— en el ámbito de la Seguridad Social. Y quinta y última, que, de su calificación como tal —salarial, extrasalarial, prestacional, indemnizatoria— dependerán consecuencias no sólo cualitativas, sino también cuantitativas por su repercusión en el cálculo de todas las cantidades que toman como referencia la retribución del trabajador.

Las condiciones contractuales aceptadas por el tomador del seguro de responsabilidad civil se extienden al asegurado

Como consecuencia de la suscripción de dos seguros (obligatorio y voluntario) de responsabilidad civil referidos a los riesgos de la circulación de vehículos de motor, la compañía aseguradora se vio obligada a indemnizar a la víctima de un accidente. Posteriormente, y dado que el conductor y asegurado (pero no tomador de la póliza) conducía en el momento del siniestro bajo la influencia comprobada de bebidas alcohólicas (hasta el punto de que fue considerado penalmente responsable), la aseguradora ejerció su acción de repetición contra el tomador y contra el asegurado y conductor (todo ello con base en el artículo 10 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor).

En ambas instancias la demanda fue desestimada en lo que respecta al tomador de la póliza. Sin embargo, fue estimada tanto por el Juzgado como por la Audiencia por lo que concierne al conductor (que reunía, además, las condiciones de asegurado y propietario del vehículo).

El asegurado interpuso recurso de casación argumentando, en síntesis, que se había infringido el artículo 3 de la Ley

de Contrato de Seguro por cuanto él nunca había llegado a aceptar específicamente la cláusula limitativa según la cual quedaban excluidos de cobertura los daños causados por el vehículo asegurado cuando se hubieran producido hallándose el conductor en estado de embriaguez. Esto es, venía a sostener que, si bien la póliza estaba firmada y aceptada por el tomador, no había sido suscrita por él (asegurado-conductor), de modo que desconocía las condiciones limitativas que, a tenor de dicho artículo 3, habría debido aceptar y conocer. Lo que en su razonamiento llevaría a concluir que, al estar el asegurado cubierto por el seguro voluntario aun en caso de conducción en estado de embriaguez, no procedería la acción de repetición de la aseguradora.

El Tribunal Supremo desestimó el recurso de casación en su Sentencia de 17 de noviembre del 2015 (JUR 2015\291835). A tal efecto señaló que en los seguros individuales es el tomador quien debe suscribir la póliza, aceptando, en su caso, las condiciones limitativas establecidas (lo que había sucedido efectivamente en el caso de autos), de tal forma que las condiciones contractuales convenidas por el tomador se extienden al asegurado sin que sea necesario que éste se adhiera expresamente a ellas.



Para cualquier duda, por favor póngase en contacto con:

Fernando de las Cuevas

Socio, Madrid

Tel.: (+34) 91 582 91 00

fcuevas@gomezacebo-pombo.com

Íñigo Erlaiz

Socio, Madrid

Tel.: (+34) 91 582 91 00

ierlaiz@gomezacebo-pombo.com

Santiago Gómez-Acebo

Socio, Madrid

Tel.: (+34) 91 582 91 00

sga@gomezacebo-pombo.com

Enrique Ortega

Socio, Madrid

Tel.: (+34) 91 582 91 00

eortega@gomezacebo-pombo.com

Francisco Peña

Socio, Madrid

Tel.: (+34) 91 582 91 00

fpena@gomezacebo-pombo.com

Ángel Varela

Socio, Madrid

Tel.: (+34) 91 582 91 00

avarela@gomezacebo-pombo.com

Para más información, consulte nuestra web www.gomezacebo-pombo.com o diríjase al siguiente email de contacto: info@gomezacebo-pombo.com.