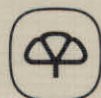


Manual de introducción al seguro

Antonio Guardiola Lozano



FUNDACION **MAPFRE** ESTUDIOS
INSTITUTO DE CIENCIAS DEL SEGURO

COLECCIÓN UNIVERSITARIA

MANUAL DE INTRODUCCIÓN AL SEGURO

Primera edición: mayo 1990
Segunda edición: julio 2001

Todos los derechos reservados. Esta publicación, o cualquiera de sus partes, no podrá ser reproducida o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, mediante fotocopias o cualquier otro, sin permiso previo por escrito del editor.

© 2001, Antonio Guardiola Lozano
© 2001, Fundación MAPFRE Estudios

Editorial MAPFRE, S. A.
Paseo de Recoletos, 25. 28004 Madrid

ISBN: 84-7100-785-1
Depósito legal: M. 29.654-2001

Compuesto e impreso en Fernández Ciudad, S. L.
Catalina Suárez, 19. 28007 Madrid

MANUAL DE INTRODUCCIÓN AL SEGURO

ANTONIO GUARDIOLA LOZANO

MAPFRE
CENTRO
DE
DOCUMENTACION



EDITORIAL
MAPFRE



PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN	XIX
PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN	XXI

Capítulo primero
LA INSTITUCIÓN ASEGURADORA

I. Concepto y manifestaciones	1
1. Seguridad Social	1
2. Seguro privado	1
II. Conductas frente al riesgo	2
1. Indiferencia	2
2. Prevención	2
3. Previsión	2
3.1. Ahorro	3
3.2. Autoseguro	3
3.3. Seguro	3
III. El riesgo	3
1. Concepto	3
2. Caracteres esenciales	4
2.1. Incierto o aleatorio	4
2.2. Posible	4
2.3. Concreto	5
2.4. Lícito	5
2.5. Fortuito	6
2.6. Contenido económico	6
3. Clases	6
3.1. Según su asegurabilidad	6
3.2. Según el objeto sobre el que recae	7
3.3. Según su regularidad estadística	7
3.4. Según su grado de intensidad	8
3.5. Según su proximidad física respecto de otros riesgos	8

3.6. Según su comportamiento con el paso del tiempo	9
3.7. Otras clases	9
4. Tratamiento del riesgo	11
4.1. Selección	11
4.2. Análisis	11
4.3. Evaluación	12
4.4. Compensación	12
4.5. Distribución	12
IV. El seguro	13
1. Concepto	13
2. Caracteres esenciales	13
3. Objeto	14

Capítulo segundo EL CONTRATO DE SEGURO

I. Concepto	17
1. De contrato	17
2. Contrato de seguro	17
II. Caracteres y principios básicos	18
III. Elementos materiales	19
1. El riesgo	19
1.1. Acepciones	19
1.2. Valoración del riesgo	20
1.3. Alteración del riesgo	21
1.4. Descripción y situación del riesgo	22
2. La prima	22
2.1. Concepto	22
2.2. Elementos	23
2.3. Clases	24
3. El siniestro	30
3.1. Concepto	30
3.2. Su valoración	31
3.3. Clases	31
4. La indemnización	32
4.1. Concepto y finalidad	32
4.2. Su cuantificación	33
4.3. Límites de indemnización	34
4.4. Forma de pago	36
IV. Elementos personales	37
1. Asegurador	37
2. Contratante (o tomador)	38
3. Beneficiario	38
4. Asegurado	38
5. Perjudicado	39

V. Elementos formales	39
1. Los orígenes del contrato	39
1.1. La solicitud de seguro	39
1.2. La proposición de seguro	40
1.3. Las declaraciones (del asegurado)	40
2. La formalización del contrato: la póliza	41
2.1. Concepto de la póliza	41
2.2. Partes de la póliza	42
2.3. Clases de pólizas	43
3. La vida del contrato	46
3.1. Perfeccionamiento del contrato de seguro	46
3.2. Contenido del contrato de seguro	46
3.3. Duración del contrato	55
3.4. Rescisión del contrato	56
3.5. Anulación del contrato	56
3.6. Otros aspectos que afectan al contrato	58
VI. Aspectos de la formalización de pólizas como conjunto de operaciones en masa	59
1. Emisión	59
1.1. Concepto	59
1.2. Clasificación del concepto	59
2. Producción	61
3. Cartera de seguros	61
3.1. Concepto	61
3.2. Clases	62

Capítulo tercero
CLASES DE SEGUROS

I. Introducción	63
II. Clasificación general de los seguros	64
1. Seguros de personas	64
2. Seguros de daños (o patrimoniales)	65
3. Seguros de prestación de servicios	65
III. Los ramos del seguro privado	66
1. Concepto de ramo	66
2. Clasificación legal de los ramos del seguro	66
2.1. Ramos distintos al de Vida	66
2.2. Denominación de la autorización concedida simultáneamente para varios ramos	68
2.3. Riesgos accesorios	69
2.4. Ramo de Vida	69
IV. Ramos personales	71
1. Ramo de Vida	71
1.1. Concepto general	71
1.2. Seguro para caso de vida (o de supervivencia)	72
1.3. Seguro para caso de muerte (o seguro de riesgo)	73

1.4. Seguro mixto	75
1.5. Garantías complementarias	77
1.6. Otros conceptos propios del seguro de vida: valores garantizados ..	77
1.7. Otras clasificaciones de los seguros de vida	78
2. Ramo de Accidentes Individuales (o Accidentes Personales)	78
3. Ramo de Enfermedad (subsídios)	80
V. Ramos patrimoniales (de daños)	80
1. Ramo de Incendios	81
2. Ramo de Responsabilidad Civil	81
3. Ramo de Automóviles	82
4. Ramo Agrario	84
5. Ramo de Pérdidas Pecuniarias Diversas	85
5.1. Seguro de lucro cesante	85
5.2. Seguro de pérdida de alquileres	86
5.3. Seguro de beneficios	86
5.4. Seguro contra la infidelidad	86
5.5. Seguro de cancelación	86
5.6. Seguro de raptos y secuestros	87
6. Ramo de robo	87
7. Ramos de Crédito y Caucción	87
8. Ramo de Transportes.....	88
8.1. Seguro marítimo	89
8.2. Seguro de aviación	89
9. Ramo de Ingeniería	90
9.1. Seguro de construcción	90
9.2. Seguro de maquinaria	90
9.3. Seguro de montaje	91
9.4. Seguro de ordenadores	91
9.5. Seguro de calderas	91
10. Otros ramos	92
10.1. Seguro de cinematografía	92
10.2. Seguro de cristales	92
VI. Ramos de prestación de servicios	92
1. Ramo de Asistencia Sanitaria	92
2. Ramo de Enterramiento (o de Decesos)	92
3. Ramo de Defensa Jurídica	93
4. Ramo de Asistencia en Viaje	93
5. Seguro turístico	93
VII. Otras clases de seguros	93
1. Según el número de asegurados	93
1.1. Seguro individual	93
1.2. Seguro colectivo (o de grupo)	93
2. Según la valoración que se dé al interés asegurado	94
2.1. Seguro a valor estimado	94
2.2. Seguro a valor de nuevo	94
2.3. Seguro a valor parcial	94
2.4. Seguro a valor total	94

3. Según el grado de libertad que exista en su contratación por parte del tomador	94
3.1. Seguro obligatorio	94
3.2. Seguro voluntario	95
4. Según la importancia de los riesgos cubiertos por la póliza	95
4.1. Seguro principal	95
4.2. Seguro complementario	95
5. Según que incluya la cobertura de un solo riesgo o de varios con distinta naturaleza	95
5.1. Seguro simple	95
5.2. Seguro combinado	95
6. Según la calidad personal que se contrata	96
6.1. Seguro por cuenta propia	96
6.2. Seguro por cuenta ajena	96

Capítulo cuarto
LA EMPRESA DE SEGUROS

I. Concepto de empresa	97
1. Concepto genérico	97
2. La empresa de seguros	97
II. Clases de empresas de seguros	99
1. Formas sociales que pueden practicar el seguro privado en España	99
1.1. Sociedades anónimas	99
1.2. Sociedades mutuas (mutualidades)	100
1.3. Sociedades cooperativas	105
1.4. Mutualidades de previsión social	105
1.5. Actividad en España de entidades domiciliadas en países del Espacio Económico Europeo	107
1.6. Sucursales de sociedades domiciliadas en terceros países	111
2. Otros tipos de organizaciones e instituciones, directa o indirectamente relacionadas con la práctica del seguro privado	112
2.1. Consorcio de Compensación de Seguros	112
2.2. Agroseguro	118
2.3. Lloyd's	119
2.4. Lloyd's Register of Shipping	120
2.5. Bureau Veritas	120
2.6. Club de Protección e Indemnización (P&I)	121
III. Otros caracteres de la empresa de seguros en España	121
1. Objeto social	121
1.1. Concepto general	121
1.2. Concepto de seguro privado	121
1.3. Operaciones sometidas a la Ley de Ordenación	122
1.4. Operaciones prohibidas y sanción de nulidad	122
1.5. Especialización del objeto social	123
2. Denominación social	124

2.1. Regla general y reserva legal de uso	124
2.2. Prohibiciones de uso	124
3. Domicilio social	124
3.1. Ubicación del domicilio social	124
3.2. Conservación de la documentación legal	125
3.3. Rótulo con la denominación social	125
4. Garantías financieras iniciales	125
4.1. Capitales mínimos	125
4.2. Fondo de garantía inicial	127
5. Derramas	127
6. Estatutos	128
6.1. Concepto	128
6.2. Contenido	128
IV. La organización de la empresa	130
1. Concepto de organización	130
2. Factores que determinan la organización de una empresa aseguradora ..	130
2.1. Régimen jurídico-social	130
2.2. Política de empresa	131
2.3. Volumen de operaciones	131
2.4. Clase de organización territorial	131
2.5. Clase de operaciones	131
2.6. Medios de procesamiento de datos	131
3. Clases de organización	132
3.1. Organización directiva (jurídico-social)	132
3.2. Organización operativa	134
4. Un posible esquema de organización en una empresa de seguros	136
4.1. Las «direcciones» de la empresa	136
4.2. Los «departamentos» de la empresa	137
V. La proyección de la empresa hacia el futuro: algunos instrumentos utiliza- bles al respecto	139
1. Política comercial	139
2. Función comercial	140
2.1. Adquisición de nuevas pólizas	140
2.2. Aumento de la cobertura en las pólizas existentes	140
2.3. Conservación de los asegurados y sus coberturas	140
2.4. Mantenimiento de buenas relaciones con los asegurados	140
3. Establecimiento de objetivos	141
3.1. Concepto de «objetivo»	141
3.2. Clases de objetivos.....	141
4. Estrategia empresarial	141

Capítulo quinto
LAS TÉCNICAS DEL SEGURO

I. Introducción	143
II. La ciencia actuarial: estadística y matemática actuarial	143

1. Concepto de estadística	143
1.1. La ley de los grandes números	144
1.2. El cálculo de probabilidades	144
2. La ciencia actuarial	145
2.1. Concepto	145
2.2. Principales instrumentos utilizados por la ciencia actuarial con carácter general	145
2.3. Principales elementos actuariales, específicos del ramo de Vida	147
2.4. Otros instrumentos de análisis técnico	149
III. Provisiones técnicas	150
1. Concepto general	150
2. Clases	151
2.1. Provisiones de obligaciones por primas	151
2.2. Provisiones de prestaciones	153
2.3. Provisiones de estabilización	155
2.4. Otras provisiones técnicas	156
3. Cobertura de provisiones técnicas	156
3.1. Principios de inversión	156
3.2. Provisiones a cubrir	156
3.3. Bienes de activo aptos para inversión	156
3.4. Límites de diversificación y dispersión de las inversiones	157
3.5. Cobertura de provisiones técnicas en grupos consolidables	158
4. Otras provisiones	159
IV. Margen de solvencia y fondo de garantía	159
1. Concepto de margen de solvencia	159
2. Partidas que componen el margen de solvencia	160
2.1. Partidas positivas	160
2.2. Partidas negativas (a deducir)	161
3. Margen de solvencia en grupos consolidables	161
4. El fondo de garantía	162
V. Técnicas de distribución del riesgo: coaseguro y reaseguro	162
1. Introducción	162
2. El coaseguro	163
3. El reaseguro	163
4. Elementos personales del reaseguro	164
5. Clases de reaseguro	164
5.1. Por razón de su obligatoriedad	164
5.2. Por razón de su contenido	165
6. Otras posibles clasificaciones del reaseguro	167
7. Aspectos contractuales del reaseguro	168
7.1. De carácter documental	168
7.2. Algunas de las cláusulas más frecuentes	169
8. Aspectos económicos del reaseguro	170
8.1. Conceptos generales	170

8.2. La cuenta de reaseguro	171
8.3. Métodos para la imputación de las primas cedidas en los reaseguros proporcionales	172
8.4. Cálculo de la prima en el reaseguro de exceso de pérdidas (<i>excess of loss</i>)	172
8.5. Pago de siniestros. Comisiones e intereses sobre reservas	173
8.6. Depósitos	173
8.7. Participación en beneficios	175

Capítulo sexto DISTRIBUCIÓN Y PRODUCCIÓN DE SEGUROS

I. La distribución de productos en general	177
1. Concepto de distribución	177
2. Canales de distribución	177
2.1. Canal «fabricante-mayorista-detallista-consumidor»	178
2.2. Canal «fabricante-detallista-consumidor»	178
2.3. Canal «fabricante-consumidor»	178
3. El producto y su tratamiento comercial	179
3.1. Estudio del mercado	180
3.2. El sistema de promoción	180
3.3. Elección de los canales de distribución	180
4. El vendedor	180
4.1. Los vendedores en sentido estricto	181
4.2. Los promotores de ventas	181
4.3. Los distribuidores	182
II. El mercado: en especial el de seguros	182
1. Concepto de mercado	182
2. Clases de mercados en la actividad aseguradora	182
2.1. Por su ámbito territorial	182
2.2. Por los aseguradores que operan	183
2.3. Por las características de los riesgos	184
III. La distribución del seguro	185
1. Características propias	185
2. La comercialización del seguro	186
2.1. Estudio del mercado	186
2.2. Determinación del sistema de promoción	186
2.3. Elección de los canales de distribución	187
3. Detalle de los sistemas de distribución	188
3.1. Agente de seguros (o sociedad de agentes de seguros)	188
3.2. Corredor de seguros (o correduría de seguros)	188
3.3. Distribución directa	188
4. El inspector de producción de seguros	189
4.1. Venta de pólizas	190
4.2. Organización de las redes de agentes	191
4.3. Enlace entre el agente y la entidad aseguradora	191

4.4. Fomento de la producción de los agentes	191
IV. La mediación y producción en los seguros privados	191
1. Concepto	191
2. Los mediadores de seguros	192
2.1. Concepto de mediador	192
2.2. Obligaciones generales de los mediadores	192
2.3. Clases de mediadores	193
2.4. Otras clases de productores de seguros	194
2.5. Competencia administrativa	194
2.6. Corredor de reaseguros	195
3. El contrato de agencia de seguros	195
3.1. Concepto	195
3.2. Requisitos	196
3.3. Contenido	196
3.4. Régimen de responsabilidad	197
3.5. Derechos sobre la cartera de contratos	197
4. La retribución de los mediadores: la comisión	197
4.1. Naturaleza y concepto	197
4.2. Clases	197

Capítulo séptimo

EL CONTROL ESTATAL DEL SEGURO PRIVADO

I. Introducción	201
1. Antecedentes históricos, justificación y principios de actuación del control estatal en la actividad aseguradora	201
1.1. Antecedentes históricos	201
1.2. Justificación del control	202
1.3. Principios de actuación del control estatal del seguro	204
2. Concepto de control	204
II. La organización del control	205
1. Caracteres generales del órgano de control	205
1.1. Ubicación administrativa	205
1.2. Equipamiento	205
1.3. Objetivos	206
1.4. Actividades	206
2. El órgano de control en España: la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones	207
2.1. Encuadramiento y fines	207
2.2. Competencias	208
2.3. Organización interna	209
3. Otros organismos españoles relacionados con el control estatal de seguros..	209
3.1. Junta Consultiva de Seguros	209
3.2. Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras (CLEA)	210
4. Consorcio de Compensación de Seguros	210

III. Algunas manifestaciones del control según la legislación española	211
1. Condiciones de acceso al mercado	211
1.1. Autorización administrativa	211
1.2. Inscripción en el Registro Especial	213
1.3. Sujeción a la documentación aprobada y modificación de ésta	213
2. Actuaciones durante el funcionamiento de las entidades	213
2.1. Criterios generales	213
2.2. Medidas de control especial	214
3. Actuaciones y situaciones que suponen la salida del mercado asegurador ...	216
3.1. Revocación	216
3.2. Disolución	217
IV. Facultades coercitivas del órgano de control	218
1. Infracciones administrativas	218
1.1. Infracciones muy graves	219
1.2. Infracciones graves	220
1.3. Infracciones leves	222
2. Sanciones	223
2.1. A las entidades	223
2.2. A los administradores y directores	224
3. Prescripción de las infracciones y sanciones	224
3.1. Infracciones	224
3.2. Sanciones	225
4. Órganos con capacidad instructora y sancionadora	225

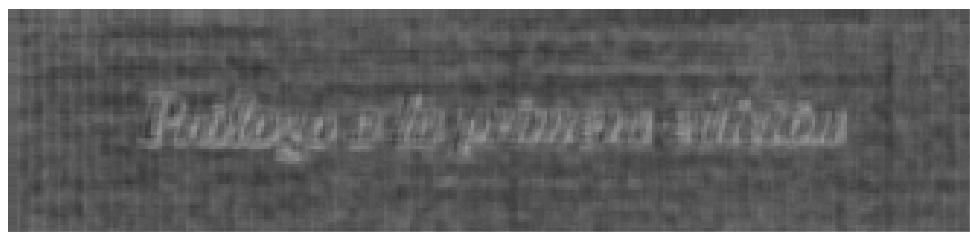
Capítulo octavo

RÉGIMEN CONTABLE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

I. Normativa y obligaciones contables	227
1. Introducción	227
1.1. Normativa aplicable	227
1.2. Obligación de separación de contabilidades	227
1.3. Ejercicio económico	228
2. Libros y registros contables de las entidades aseguradoras	228
2.1. Libros de contabilidad	228
2.2. Formulación de las cuentas anuales	229
2.3. Legalización de libros	229
2.4. Principio de imagen fiel	230
2.5. Registros específicos de las entidades aseguradoras	230
2.6. Forma, plazo y normas para la llevanza de los libros y registros	232
3. Elaboración de cuentas y deber de información	233
3.1. Elaboración de cuentas	233
3.2. Deber de información a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones	233
4. Deber de consolidación contable	235
4.1. Obligación de unidad de decisión	235

4.2. Existencia de unidad de decisión	235
4.3. Normas aplicables para la consolidación	236
5. Deber de auditoría de cuentas anuales	242
5.1. Obligación general de auditar las cuentas anuales	242
5.2. Auditorías especiales	243
II. La contabilidad de las entidades aseguradoras	243
1. Introducción	243
1.1. Concepto de contabilidad	243
1.2. Clases de contabilidad	243
1.3. Medios y métodos	244
1.4. La contabilización	244
2. El plan general de contabilidad (concepto, finalidad y estructura básica) ...	246
3. El plan contable de seguros	247
3.1. Concepto	247
3.2. Estructura del plan	247
3.3. Ámbito y obligatoriedad del plan	254
4. El balance	255
4.1. Concepto	255
4.2. Estructura	255
5. El balance en el plan contable de seguros	257
5.1. Conceptos generales	257
5.2. Estructura	257
6. La cuenta de pérdidas y ganancias en general	264
6.1. Concepto	264
6.2. Estructura	264
7. La cuenta de pérdidas y ganancias en el plan contable de seguros	265
7.1. Comentario general	265
7.2. Estructura	266
8. La memoria	272
8.1. Consideraciones generales	272
8.2. Contenido y estructura	273
BIBLIOGRAFÍA FUNDAMENTAL	275





El presente MANUAL es hederero directo del *Curso de Introducción al Seguro*, que el Área de Formación de MAPFRE diseñó, a principios de 1988, con la finalidad de obtener una herramienta de formación interna que proporcionara al personal y colaboradores de MAPFRE conocimientos básicos en materias específicas de seguros y otras complementarias pero de vital importancia para la gestión de la empresa aseguradora.

Al concebir el *Curso de Introducción al Seguro*, se pensó en aprovechar al máximo la labor que ya había sido realizada en el *Diccionario MAPFRE de Seguros*, elaborado por Julio Castelo Matrán y publicado a comienzos de 1988, obra esta última que amplió y actualizó, a su vez, el anterior *Diccionario Básico de Seguros*, cuya primera edición data de 1972.

Para conseguir tal propósito la información contenida en los términos del nuevo *Diccionario* fue reorganizada de acuerdo con un índice temático que permitiera agrupar los textos homogéneamente, según la materia de la que tratara.

Tales textos del *Diccionario*, debidamente reorganizados, proporcionaron aproximadamente las tres cuartas partes del material del curso. El resto de los contenidos que desarrollan el índice temático del curso fue elaborado, o bien *ex novo*, con objeto de cubrir lagunas, actualizar contenidos y dar coherencia al texto, o bien teniendo en cuenta otras publicaciones de Editorial MAPFRE sobre la materia, tales como el *Manual Básico de Seguros* (I. Hernando de Larramendi, J. Castelo y J. A. Pardo) y *El agente de seguros* (C. Paniagua Gallart, J. A. Pardo Ortiz y J. M.^a Pérez Escacho), dotándose al propio tiempo al texto resultante de sendos módulos complementarios, redactados por directivos especialistas de MAPFRE, sobre contabilidad de seguros (Bernabé Gordo Pin) e informática (Rafael San Martín Fernández y Fernando de Otto Soler).

El citado Curso está siendo utilizado, con gran aceptación por sus destinatarios, como instrumento de formación básica para la plantilla de empleados y colaboradores de MAPFRE, tanto mediante su distribución periódica en forma de módulos, por correspondencia, como mediante su adaptación a los programas de Formación Interna Operativa que MAPFRE está desarrollando.

Los positivos resultados que el curso ha cosechado han impulsado la idea de editarlo como obra unitaria, mediante la publicación del presente MANUAL DE INTRODUCCIÓN AL SEGURO, incardinado en la ya tradicional aportación de MAPFRE a la actividad editorial de obras sobre temas aseguradores, y representativo, junto con la publicación del referido *Diccionario MAPFRE de Seguros*, de las primeras actuaciones de futuro que se tiene pensado desarrollar en el campo editorial antes referido, al calor de la recientemente creada Fundación MAPFRE Estudios y su Instituto de Ciencias del Seguro.

Se trata, por consiguiente, de una obra que, sin duda alguna, podría calificarse de colectiva en cuanto a la procedencia de sus textos, y a cuyos autores quiero agradecer, en mi calidad de director de realización del «Curso de Introducción al Seguro», la gran colaboración que han prestado en todo momento, sin la cual no hubiera sido posible diseñar inicialmente dicho curso ni publicar hoy el presente MANUAL.

Asimismo no puedo dejar de mencionar la eficiente labor que han desarrollado Yolanda Arratía y M.^a del Carmen Llanos procesando los textos del referido *Curso de Introducción al Seguro*, que han servido de base para confeccionar este MANUAL.

Sólo me resta añadir que cualquier deficiencia, omisión o inconveniente de que pudiera adolecer la presente obra deben ser imputados únicamente al que suscribe estas líneas que, en su condición anteriormente referida, ha sido el responsable de confeccionar los apartados temáticos y sus sumarios, seleccionar y actualizar los textos y completarlos cuando ello ha sido menester.

Antonio Guardiola Lozano
Director de Estudios de Seguros de MAPFRE

Prólogo a la segunda edición

La presente obra tuvo su primera edición en 1990. Fue entonces heredera directa del *Curso de Introducción al Seguro* diseñado en el Área de Formación de MAPFRE como instrumento de formación interna. En la propia introducción a la primera edición se indicaba que «los positivos resultados que el curso ha cosechado han impulsado la idea de editarlo como obra unitaria, mediante la publicación del presente MANUAL DE INTRODUCCIÓN AL SEGURO, incardinado en la ya tradicional aportación de MAPFRE a la actividad editorial de obras sobre temas aseguradores, y representativo, junto con la publicación del *Diccionario MAPFRE de Seguros* (2.ª edición), de las primeras actuaciones de futuro que se tiene pensado desarrollar en el campo editorial antes referido, al calor de la recientemente creada Fundación MAPFRE Estudios y su Instituto de Ciencias del Seguro».

Once años después de la primera edición de este MANUAL la evolución y desarrollo del proyecto editorial, académico, docente e investigador de la Fundación y de los Institutos que la componen (de Ciencias del Seguro, de Seguridad Integral, de Gerencia Internacional y de Estudios Iberoamericanos), ha alcanzado un alto grado de implantación y madurez.

En el aspecto editorial la anterior edición del MANUAL, aunque en formato diferente, puede considerarse como la primera obra de una nueva línea de edición impulsada por la Fundación, cuya colección bibliográfica dedicada al ámbito del seguro y la seguridad alcanza ya las 30 obras.

El ámbito académico y docente del proyecto también ha experimentado un importante desarrollo. En concreto y por lo que se refiere al área de seguros ha supuesto la existencia en el seno del indicado Instituto de Ciencias del Seguro de dos centros académicos, que tienen garantizado el rigor re-

querido a todo centro universitario mediante los convenios firmados con la Universidad Pontificia de Salamanca.

Dichos centros, orientados al ámbito asegurador y financiero, son: el CUMES (Centro Universitario MAPFRE de Estudios de Seguros), que situado en el origen del proyecto se encuentra actualmente dedicado a la formación de postgrado (un Máster Universitario en Seguros y Gerencia de Riesgos y otro en Seguros Personales) y a la implantación del Plan de Formación a Distancia en Seguros (con nueve cursos en funcionamiento y otros tres en preparación en estos momentos), y la Facultad de Ciencias del Seguro, Jurídicas y de la Empresa que, como continuadora de las actividades de grado iniciadas por el CUMES, fue creada en 1996 para acoger los planes de estudios de larga duración, a partir de que los mismos tuvieron reconocimiento oficial. En ella se imparte actualmente la carrera de Ciencias del Seguro de cinco años de duración (cuyos títulos oficiales corresponden a la Diplomatura en Ciencias Empresariales y a la Licenciatura en Administración y Dirección de Empresas) y la Licenciatura en Ciencias Actuariales y Financieras (segundo ciclo de dos años de duración).

La evolución y desarrollo del referido proyecto académico, los importantes cambios producidos en la legislación, la publicación en 1992 de la tercera edición del *Diccionario MAPFRE de Seguros*, la utilización docente del MANUAL DE INTRODUCCIÓN AL SEGURO tanto en las asignaturas de Teoría General del Seguro de las carreras de grado, como en los postgrados y su adaptación como curso específico en el Plan de Formación a Distancia, han hecho no sólo aconsejable sino ineludible la revisión y actualización de sus contenidos.

Sólo la importancia de los cambios introducidos en la normativa aplicable ya justificarían de por sí la necesidad de actualizar el texto. Así, y sólo haciendo referencia a las principales normas producidas desde 1990, cabe citar la nueva Ley de Mediación en Seguros Privados de 30 de abril de 1992; la nueva Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de 8 de noviembre de 1995 y su Reglamento de 20 de noviembre de 1998; el nuevo Plan de Contabilidad de Entidades Aseguradoras de 26 de diciembre de 1997; y el Real Decreto de 2 de junio de 2000 que modifica el Reglamento de Ordenación y el Plan de Contabilidad Sectorial. Estas modificaciones son debidas, principalmente, a la necesidad de adaptar nuestro ordenamiento asegurador a los requerimientos de las Directivas emanadas de la Unión Europea.

Los cambios introducidos en la presente edición pretenden, por un lado, adaptar el texto a la legislación en vigor y, por otro, acomodarlo a los fines docentes para los que se está utilizando el mismo, revisando y ampliando sus contenidos donde se ha considerado necesario.

No obstante, la estructura fundamental de la obra se mantiene aunque se ha suprimido el antiguo capítulo 8 sobre Informática, que si bien tuvo perfecta justificación en la primera edición, dada la finalidad del curso del que procedía el MANUAL, no la tiene hoy dado que la falta de relación de dicha materia con el resto del contenido del MANUAL no armoniza adecuadamente con la aplicación docente antes referida, en la que el MANUAL se ha revelado como un importante instrumento de ayuda a los alumnos. Si se ha mantenido, revisado, ampliado y adaptado a los fines antes expuestos el capítulo sobre Contabilidad dada la importancia que las obligaciones contables, tanto individuales como de los grupos consolidables, tienen en el régimen de funcionamiento de las entidades aseguradoras. No obstante se conserva en este último una importante parte del texto redactado en su día por mi compañero y amigo Bernabé Gordo Pin, cuya claridad de exposición ha aconsejado su conservación en la presente edición.

Se han mantenido los textos que, procedentes del diccionario indicado, existen en el MANUAL, salvo aquellos que han quedado desactualizados con el paso del tiempo, así como los procedentes de la obra *El Agente de Seguros* y del *Manual Básico de Seguros*, publicados por Editorial MAPFRE y a los que se hace referencia en la Introducción a la primera edición, cuyos textos de carácter general han servido para los capítulos 6 y 7, respectivamente.

Con el fin de facilitar el uso del MANUAL se ha seguido manteniendo el criterio de no incluir notas a pie de página ni citas a los artículos de las normas correspondientes, a las cuales se hace referencia de forma genérica cuando se considera necesario para aclarar que el texto en cuestión contiene la regulación legal de la materia tratada. El MANUAL incluye una selección bibliográfica de obras en lengua española que, sin pretensiones doctrinales, pueden ser útiles para quien quiera profundizar en la materia.

Debo agradecer a los alumnos las observaciones que hacen a la hora de las explicaciones de clase o de las tutorías en formación a distancia, que sirven para detectar conceptos no explicados o insuficientemente aclarados y mejorar, en consecuencia, la utilidad del MANUAL. Ellos son los destinatarios principales de este último y en función de ellos debe hacerse el esfuerzo necesario para que las ideas y los conceptos queden expuestos de la manera más clara posible, aunque no siempre se consiga bien por la dificultad que entrañan los mismos o, lo que es más posible, por la falta de habilidad del autor.

También debo agradecer a la profesora Esther Ruiz González sus observaciones sobre el texto y su colaboración en la revisión de las pruebas del mismo. Sin su colaboración es posible que el resultado final de la obra hubiera adolecido de imperfecciones que sus conocimientos, su experiencia

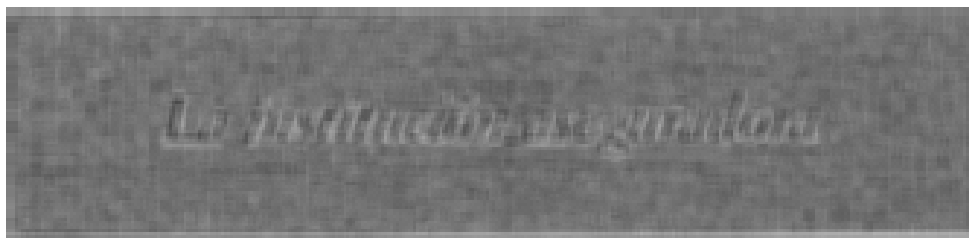
docente y su dedicación han evitado. Así mismo, debe ser reconocida la eficiente labor de M.^a del Carmen Llanos Landrove en la tarea de procesar los nuevos textos del MANUAL y la meticulosa y esmerada labor de mis compañeros de Editorial MAPFRE, en especial Fernando Gómez López y Violeta Mateo Román, sin cuyo concurso y colaboración tampoco hubiera quedado garantizado un correcto resultado final.

Para finalizar sólo queda añadir que cualquier defecto, imprecisión o laguna que pudiera observarse en el texto únicamente es imputable al autor, al cuál deben ser atribuidas las mismas y por las que, anticipadamente, pido disculpas al lector, del cual se espera recibir, igualmente, las recomendaciones oportunas para mejorar futuras ediciones de esta obra que sólo pretende ser de utilidad para todos los que quieran o deban acercarse al estudio y comprensión del funcionamiento de la actividad aseguradora.

Madrid, julio de 2001

Antonio Guardiola Lozano

Director del Instituto de Ciencias del Seguro de la Fundación MAPFRE Estudios



I. CONCEPTO Y MANIFESTACIONES

La institución aseguradora puede ser definida, en síntesis, como la manifestación técnica y organizada de las iniciativas socio-económicas de compensación de riesgos.

La existencia del riesgo, junto con la reparación de las consecuencias dañosas que su ocurrencia (siniestro) pueda producir, es el elemento básico que da razón de ser a la institución.

La institución aseguradora tiene dos grandes manifestaciones:

1. Seguridad Social

Con esta expresión se alude a un sistema obligatorio de cobertura que, arbitrado por el Estado, está dirigido al bienestar y protección de los ciudadanos.

Comprende un conjunto de medidas de previsión ejercidas por determinados organismos e instituciones oficiales, dirigidas a cubrir las contingencias que pudieran afectar a los trabajadores por cuenta ajena y autónomos y a sus familiares o asimilados. Sobre esta base, se garantiza, por ejemplo, la asistencia sanitaria en caso de enfermedad o accidente, la prestación económica en caso de incapacidad laboral, vejez, desempleo, fallecimiento, etc.

La prima o cuota que el Estado percibe por estas coberturas es aportada conjuntamente por los empresarios y los trabajadores.

2. Seguro privado

El seguro privado es gestionado por entidades privadas, con quienes los asegurados contratan libremente, en general, las coberturas que les in-

teresan, dentro de la amplia gama de posibilidades que éstas ofrecen, todas ellas destinadas a proteger intereses individuales.

II. CONDUCTAS FRENTE AL RIESGO

Principalmente pueden adoptarse las siguientes actitudes ante el riesgo:

1. Indiferencia

El sujeto autoasume el riesgo, se convierte en «propio asegurador» y soporta con su patrimonio las consecuencias económicas dañosas debidas a los accidentes que afecten a sus bienes, sin adoptar medida alguna para paliar tales consecuencias dañosas causadas por el acaecimiento del riesgo.

2. Prevención

Mediante ella el sujeto adopta un conjunto de medidas materiales destinadas a evitar o dificultar la ocurrencia de un siniestro y a conseguir que, si el accidente se produce, sus consecuencias de daño sean las mínimas posibles.

Como ejemplo de medidas preventivas pueden citarse, en el riesgo de incendios industriales, la adecuada separación y delimitación entre sí de las zonas de peligro o la instalación de instrumentos de detección o extinción de incendio adecuados; en el seguro de accidentes de automóviles, la instalación de cinturones de seguridad en el vehículo; en el seguro de robo, la existencia de aparatos de alarma, etc.

3. Previsión

En general es la precaución presente para prevenir la producción de un evento futuro (en este sentido puede considerarse uno de los pilares básicos del seguro), y se caracteriza fundamentalmente porque las medidas adoptadas por el sujeto tienden a la constitución de un fondo económico que pueda hacer frente en el futuro a las consecuencias del siniestro.

Según que el riesgo no sea transferido a un tercero (ahorro y autoseguro) o sí lo sea (seguro), cabe distinguir entre:

3.1. *Ahorro*

Mediante éste, parte de la renta de las unidades económicas no dedicada a su consumo o distribución, se destina a la formación de capitales futuros que, sin una afección específica y concreta, pueden aminorar los efectos de un siniestro.

3.2. *Autoseguro*

En este caso la persona, física o jurídica, soporta con su patrimonio las consecuencias económicas derivadas de sus propios riesgos, sin intervención de ninguna entidad aseguradora, pero que afectan específicamente a una masa patrimonial cuya constitución obedece a ciertos principios técnico-financieros.

Este sistema, aunque no con frecuencia, es practicado por grandes empresas, que periódicamente van constituyendo un fondo económico con el que hacer frente a posibles siniestros. No obstante, este procedimiento, en cuanto elimina la **comunidad y dispersión de riesgos**, no puede ser considerado como «seguro» en sentido rigurosamente técnico.

En todo caso, no debe confundirse la situación de autoseguro con la de **propio asegurador** (autoasunción del riesgo), pues aunque en ambos casos es nota común la inexistencia de entidad aseguradora, en el autoseguro, con mayor o menor rigor técnico y financiero, hay una masa de bienes destinada a la compensación de posibles siniestros, mientras que esta previsión no existe en el propio asegurador que, normalmente, carece de un fondo económico para hacer frente a los riesgos a su cargo.

3.3. *Seguro*

Su concepto se estudiará más adelante, si bien conviene indicar que constituye la fórmula más perfecta y técnicamente eficaz para la cobertura de riesgos, al transferir éstos a un tercero, el asegurador, cuya organización y técnica operativa garantiza la adecuada compensación de aquéllos.

III. EL RIESGO

1. Concepto

En la terminología aseguradora, se emplea este concepto para expresar indistintamente dos ideas diferentes: de un lado, riesgo como objeto ase-

gurado; de otro, riesgo como **posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una necesidad económica** y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga al asegurador a efectuar la prestación, normalmente indemnización, que le corresponde. Este último criterio es el técnicamente correcto, y en tal sentido se habla de riesgo de incendio o muerte para aludir a la posibilidad de que el objeto o persona asegurados sufran un daño material o fallecimiento, respectivamente; o se habla de riesgos de mayor o menor gravedad, para referirse a la probabilidad más o menos grande de que el siniestro pueda ocurrir.

2. Caracteres esenciales

2.1. *Incierto o aleatorio*

Sobre el riesgo ha de haber una relativa incertidumbre, pues el conocimiento de su existencia real haría desaparecer la aleatoriedad, principio básico del seguro.

Ahora bien, esa incertidumbre no sólo se materializa de la forma normal en que generalmente es considerada (ocurrirá o no ocurrirá), sino que en algunas ocasiones se conoce con certeza que ocurrirá, pero se ignora cuándo. Así, en el seguro de Vida Entera, la entidad ha de satisfacer inexorablemente la indemnización asegurada, aunque el principio de incertidumbre del riesgo no se desvirtúa por ello, pues se desconoce la fecha exacta en que se producirá el fallecimiento del asegurado.

En otras ocasiones, la incertidumbre se apoya en el dilema de si ha ocurrido o no ha ocurrido (incertidumbre de pasado, frente a la incertidumbre de futuro), como a veces sucede en el seguro de Transportes, en que es técnicamente posible la suscripción de una póliza que asegure el riesgo de hundimiento de un buque desaparecido, desconociendo ambas partes contratantes si en el momento de suscribirse la póliza el barco ha naufragado o no.

2.2. *Posible*

Ha de existir posibilidad de riesgo; es decir, el siniestro cuyo acontecimiento se protege con la póliza debe «poder suceder». Tal posibilidad o probabilidad tiene dos limitaciones extremas: de un lado, la frecuencia; de otro, la imposibilidad.

La excesiva reiteración del riesgo y su materialización en siniestros atenta contra el principio básico antes aludido: el «aleas». Una gran frecuencia, por ejemplo, en el seguro de Automóviles, aparte de resultar antieconómica para el asegurador, convertiría a la institución aseguradora en un servicio de conservación o reparación de vehículos que, lógicamente, podría ser prestado, pero en tal caso su precio no sólo sería más elevado, sino que tendría una naturaleza completamente distinta.

Del mismo modo, la absoluta imposibilidad de que el riesgo se manifieste en siniestro situaría a las entidades aseguradoras en una posición privilegiada, al percibir unos ingresos no sujetos a contraprestación, lo cual resultaría tan absurdo como la reiteración continua de siniestros.

2.3. *Concreto*

El riesgo ha de ser analizado y valorado por la aseguradora en dos aspectos, cualitativo y cuantitativo, antes de proceder a asumirlo. Sólo de esa forma la entidad podrá decidir sobre la conveniencia o no de su aceptación y, en caso afirmativo, fijar la prima adecuada.

Una designación ambigua del riesgo que pretende asegurarse, una concreción de sus características, naturaleza, situación, etc., imposibilitan el estudio y análisis previos a la aceptación del mismo. Igualmente, no puede garantizarse un riesgo cuya valoración cuantitativa escape de todo criterio objetivo basado en la experiencia o en unos cálculos actuariales que determinen, al menos con aproximación, la prima que habría de establecerse.

2.4. *Lícito*

El riesgo que se asegure no ha de ir, según se establece en la legislación de todos los países, contra las reglas morales o de orden político, ni en perjuicio de terceros, pues de ser así, la póliza que lo protegiese sería nula automáticamente.

Este principio de la licitud tiene, sin embargo, dos excepciones aparentes, materializadas en el seguro de Vida, en el que se puede cubrir el riesgo de muerte por **suicidio**, y en el seguro de Responsabilidad Civil, en donde pueden garantizarse los daños causados a terceros cometidos por **imprudencia** (aspecto legalmente sancionado por el ordenamiento penal de cualquier país).

Sin embargo, ambas excepciones encuentran su lógica justificación; en el caso de suicidio, porque las pólizas establecen generalmente un año de ca-

rencia, contado a partir de la fecha de efecto de la póliza, durante el cual el riesgo de muerte por este motivo no está garantizado, con lo cual se evita la emisión de contratos suscritos con la única idea de obtener una indemnización por cuenta de la entidad aseguradora; y en cuanto al seguro de Responsabilidad Civil, porque el fin esencial del seguro, en este caso, es la protección de la víctima, que podría quedar desamparada en caso de insolvencia del causante de los daños y porque la imprudencia es un delito de los que llamamos culposos, en los que no existe dolo o mala fe, sino tan sólo una ausencia más o menos acusada de diligencia por parte del causante de los daños.

2.5. *Fortuito*

El riesgo debe provenir de un acto o acontecimiento ajeno a la voluntad humana de producirlo. No obstante, es indemnizable el siniestro producido a consecuencia de actos realizados por un tercero, ajeno al vínculo contractual que une a la entidad y al asegurado, aunque en tal caso la aseguradora se reserva el derecho de ejercitar las acciones pertinentes contra el responsable de los daños (principio de subrogación), como también es indemnizable el siniestro causado intencionadamente por cualquier persona, incluido el propio contratante o asegurado, siempre que los daños se hayan producido con ocasión de fuerza mayor para evitar otros más graves.

2.6. *Contenido económico*

La realización del riesgo (siniestro) ha de producir una necesidad económica que se satisface con la indemnización correspondiente.

3. Clases

La clasificación de riesgos posibles es muy minuciosa, según el punto de vista con el que se aborde el tema.

Entre las principales cabe distinguir las siguientes:

3.1. *Según su asegurabilidad*

- *Riesgo asegurable*: el que, por su naturaleza, es susceptible de ser asegurado por cumplir los caracteres esenciales del riesgo.

- *Riesgo inasegurable*: aquel que, frente al **riesgo asegurable**, carece de alguno de los elementos o caracteres del **riesgo** que impiden su aseguramiento.

3.2. Según el objeto sobre el que recae

- *Riesgo patrimonial*: aquel que implica una disminución o pérdida, total o parcial, de patrimonio del asegurado como consecuencia de un evento que puede afectarle.
- *Riesgo personal*: el que afecta a circunstancias de la persona, tales como su salud, integridad física o mental, capacidad para el trabajo, vejez o sobrevivencia.

3.3. Según su regularidad estadística

- *Riesgo ordinario*: es aquel cuya ocurrencia es susceptible de medición estadística y que, en su planteamiento y efectos previsibles, responde a las pautas normales de contratación en el mercado de seguros, y si en él concurre alguna circunstancia que le convierte en atípico, puede ser asumido por el asegurador mediante la aplicación de cualquier medida correctora, como sobreprima, recargo, franquicia, etc.
- *Riesgo extraordinario*: es aquel que por ser de irregular ocurrencia estadística y por la magnitud y/o naturaleza de sus causas y efectos, excede de la posibilidad de cobertura de un seguro normal, siendo por tanto preciso arbitrar fórmulas especiales para su aseguramiento.

Así, reciben este nombre los riesgos que tienen su origen en hechos o acontecimientos de carácter excepcional, tales como fenómenos atmosféricos de elevada gravedad, movimientos sísmicos, conmociones o revoluciones militares o políticas, etc., cuya propia naturaleza anormal y la elevada intensidad y cuantía de los daños que de ellos pueden derivarse impiden que su cobertura quede garantizada en una póliza de seguro ordinario.

En España estos riesgos se hallan asegurados por un organismo oficial (**Consortio de Compensación de Seguros**) en el que existe un fondo económico integrado por las aportaciones que cada una de las entidades aseguradoras efectúa de una parte de sus primas recaudadas, que se corresponde con el recargo satisfecho por el asegurado a tales efectos.

En España tienen tal consideración los que producen daños en las personas y los bienes a consecuencia de acontecimientos extraordinarios tales como: terremotos, maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, caída de aerolitos, tempestad, terrorismo, rebelión, sedición, motín, tumulto popular y actuación de las Fuerzas Armadas y las de Seguridad en tiempos de paz.

No obstante, como consecuencia de la Ley de 19/12/1990 que adapta la normativa española a las Directrices Comunitarias Europeas sobre seguros no vida, los riesgos extraordinarios pueden ser también asegurados por las entidades Aseguradoras, ya que el Consorcio ha dejado de practicar en régimen de monopolio el aseguramiento de tales riesgos. Dicho organismo seguirá, no obstante, garantizando los riesgos extraordinarios bien cuando el asegurador de una póliza de seguro ordinario no los cubra voluntariamente, o bien cuando el asegurador de un riesgo extraordinario no puede hacer frente a sus obligaciones por encontrarse en situación de insolvencia, supuesto este último en el que el Consorcio realiza la función de «fondo de garantía». Para hacer frente a tales coberturas, el Consorcio cobrará los correspondientes recargos.

La cobertura de los recargos extraordinarios sólo podrá otorgarse en los ramos de Accidentes (Incendios) y Daños en vehículos terrestres y ferroviarios, y en otros bienes (exceptuados los riesgos incluidos en los Seguros Agrarios Combinados y los daños derivados de la energía nuclear). Todo ello con las limitaciones y requisitos establecidos por la legislación vigente.

3.4. *Según su grado de intensidad*

- *Riesgo variable*: aquel que puede revestir diversa graduación o cuantía en su realización; por ejemplo, el riesgo de incendio.
- *Riesgo constante*: aquel que siempre reviste la misma intensidad y graduación de efectos en su realización; por ejemplo, el riesgo de muerte.

3.5. *Según su proximidad física respecto de otros riesgos*

- *Riesgo distinto*: es aquel que no tiene relación ni conexión con ningún otro.

Así, en el Seguro de Incendios, recibe este nombre el edificio separado de otro por un espacio, libre y descubierto, de más de cinco metros de anchura.

- *Riesgo común*: se dice que dos o varios bienes u objetos constituyen riesgo común cuando la propia naturaleza y proximidad de ellos obliga a considerarlos como un riesgo único, puesto que la ocurrencia de un siniestro en uno afectaría inexorablemente a los restantes.

En este sentido, se habla de riesgos comunes (o cúmulo de riesgos), por ejemplo, respecto a las personas que viajan en un mismo avión, respecto a las diversas viviendas que constituyen un mismo inmueble, etc.

- *Riesgo contiguo*: aquel que, aun siendo independiente, está en contacto con otro, por lo que el siniestro que afecte a uno de ellos puede transmitirse al otro. Tal sería, por ejemplo, el caso de dos edificios separados por un muro medianero.

Es éste un aspecto importante en la tarificación, por ejemplo, de un riesgo de incendio, ya que la reducida peligrosidad de un edificio destinado a vivienda puede alterarse, agravándose, si en el edificio contiguo está instalada una fábrica de productos fácilmente inflamables.

- *Riesgo próximo (o inmediato)*: es aquel que, aunque separado de otro, está a una distancia lo suficientemente pequeña como para que el siniestro de uno de ellos pueda afectar al otro.

Tendría tal carácter, para el seguro de incendios, el edificio separado de otro por un espacio, libre y descubierto, inferior a cinco metros de anchura.

3.6. Según su comportamiento con el paso del tiempo

- *Riesgo progresivo*: aquel que va aumentando con el transcurso del tiempo; por ejemplo, el riesgo de muerte de una persona.
- *Riesgo regresivo*: aquel que va disminuyendo con el transcurso del tiempo; por ejemplo, el riesgo de no cobrar un crédito pendiente a medida que el deudor va reembolsando su importe en los plazos estipulados.

3.7. Otras clases (por orden alfabético)

- *Riesgo atómico*: es el que proviene de la posibilidad de una explosión o radiación nuclear. Dada su gravedad no es normalmente aceptado por aseguradores individuales, sino que su cobertura suele corresponder a un **pool o consorcio de aseguradores**.

- *Riesgo constante*: aquel que se mantiene inalterado durante la cobertura del seguro; por ejemplo, el riesgo de incendio de un mobiliario.
- *Riesgo corrido*: se da este nombre al riesgo temporalmente vencido. En este sentido, si se considera, por ejemplo, que una póliza se concierta por un período de 12 meses (desde el 1.º de enero al 31 de diciembre próximo), en cualquier momento intermedio dentro de este plazo, se dice que el riesgo ha corrido desde el día 1 de enero hasta ese momento.
- *Riesgo en curso*: el que existe durante el período de vigencia de una póliza.
- *Riesgo especulativo*: el que, por su carácter comercial, es propio del negocio de las empresas y determina que, en función del mismo, puedan obtenerse mayores o menores beneficios. Es concepto opuesto al de **riesgo puro** (véase este concepto más adelante).
- *Riesgo extraprofesional*: aquel que, en oposición al **riesgo profesional** (véase este concepto más adelante), corresponde a la vida particular o privada del asegurado.
- *Riesgo financiero*: aquel que se corresponde con la capacidad económica del asegurado, en relación con el capital asegurado y la modalidad de seguro que se desea contratar.
- *Riesgo industrial*: en general, se da este nombre al que puede afectar a una empresa de naturaleza industrial.

En este sentido, se opone al denominado **riesgo sencillo** (véase este concepto más adelante).

- *Riesgo material (o físico)*: aquel que afecta a elementos o bienes materiales y se refiere a la posibilidad de su destrucción total o parcial, sustracción o pérdida.
- *Riesgo moral*: el que se deriva de la actitud o comportamiento de una persona.
- *Riesgo normal*: el que se ajusta a unas normas comunes de reacción, respuesta o comportamiento.
- *Riesgo objetivo*: aquel cuya composición, características, circunstancias intrínsecas o extrínsecas y otros aspectos básicos aparecen descritos en la póliza —o son susceptibles de ello—, de modo que permiten a la entidad aseguradora tener una información suficiente y correcta del mismo.
- *Riesgo ocupacional*: aquel que se deriva de la profesión o actividades normales del asegurado.
- *Riesgo profesional*: en general, es aquel que tiene su origen en el ejercicio de una profesión o actividades y puede afectar directa y corporalmente al trabajador que la realiza.

- *Riesgo puro*: el que corresponde estrictamente a la posibilidad de que un hecho ocurra.
- *Riesgo sencillo*: usualmente se denomina así al riesgo de incendio referido a casas, habitación, oficinas, locales de negocios, pequeños comercios, etc., para contraponerse al llamado **riesgo industrial**.
- *Riesgo subjetivo*: aquel que, al contrario del **riesgo objetivo**, implica un conjunto de circunstancias relativas al asegurado difícilmente objetivables, por lo que son de compleja valoración para el asegurador. Son ejemplos de riesgo subjetivo la moralidad del asegurado, su estado de salud, su situación económica, su conducta más o menos preocupada, etcétera.
- *Riesgo tarado*: en el seguro de Vida, se da ese nombre al que, por deficiencia en la salud del asegurado, excede del nivel considerado como normal. Su aceptación por la entidad aseguradora implica frecuentemente el establecimiento de una sobreprima compensatoria.

4. Tratamiento del riesgo

El asegurador, para asumir la cobertura de un riesgo, debe poner en práctica una serie de técnicas que le permitan establecer la naturaleza, valoración y límites de aceptación del riesgo en cuestión.

Tales técnicas pueden resumirse en las siguientes:

4.1. Selección

Constituye el conjunto de medidas, generalmente de carácter técnico, adoptadas por una entidad aseguradora, en virtud de las cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquellos que, por su características propias, se presume que no van a originar necesariamente resultados desequilibrados, por no ser peores que el promedio de su categoría.

4.2. Análisis

Es el instrumento técnico de que se vale la actividad aseguradora para lograr el adecuado equilibrio en sus resultados. Fundamentalmente, se concreta en los siguientes aspectos:

- Ponderación o clasificación de riesgos, subsiguiente a la selección inicial, mediante la cual se efectúa la correcta tarificación del riesgo

asumido, aplicándole la prima adecuada y creando grupos homogéneos en base a la probabilidad de siniestros e intensidad de los mismos.

- Prevención de riesgos, mediante la cual se procura la adopción de las medidas precautorias adecuadas, especialmente en riesgos de naturaleza industrial, para evitar la producción de siniestros.
- Control de resultados, mediante el cual se aplican aquellas fórmulas de carácter excepcional cuando, tras el análisis de los resultados obtenidos, se aprecie que son las únicas adecuadas para conseguir el necesario equilibrio técnico: franquicias discriminadas, anulación de pólizas deficitarias, delimitación de las garantías, imposición de exclusiones de cobertura, etcétera.

4.3. *Evaluación*

Es el proceso por el cual se establece, en un período de tiempo determinado, la probabilidad de que ocurran daños personales o pérdidas materiales, así como su cuantificación.

4.4. *Compensación*

Es el conjunto de medidas conducentes a lograr el adecuado equilibrio de resultados entre los riesgos que componen una cartera de pólizas.

Teniendo en cuenta que, teóricamente, cada riesgo está sometido a unos índices de **intensidad y frecuencia** distintos, por la compensación se pretende que los resultados antieconómicos que puedan derivarse de los riesgos considerados como de peor calidad, sean contrarrestados por otros que originen una menor siniestralidad para la entidad aseguradora.

4.5. *Distribución*

Consiste en un conjunto de técnicas para el reparto o dispersión de riesgos que la actividad aseguradora precisa para obtener una compensación estadística, igualando los riesgos que componen su cartera de bienes asegurados. Esta distribución pretende conseguir la homogeneidad cuantitativa de los riesgos y puede llevarse a cabo de dos modos principales: a través del **coaseguro o del reaseguro**.

Estos dos conceptos serán tratados con mayor detalle más adelante.

IV. EL SEGURO

1. Concepto

El seguro puede ser analizado desde diversos puntos de vista. Algunos autores destacan el principio de solidaridad humana al considerarse como tal la institución que garantiza un sustitutivo al afectado por un riesgo, mediante el reparto del daño entre un elevado número de personas amenazadas por el mismo peligro; otros señalan el principio de contraprestación, al decir que el seguro es una operación en virtud de la cual, una parte (el asegurado) se hace acreedor, mediante el pago de una remuneración (la prima), de una prestación que habrá de satisfacerle la otra parte (el asegurador) en caso de que se produzca un siniestro. También ha sido considerado el seguro desde su aspecto social (asociación de masas para el apoyo de los intereses individuales), matemático (transformación de un valor eventual en un valor cierto), de coste (el medio más económico para satisfacer una necesidad eventual), etc.

Desde un punto de vista general, puede también entenderse como una «actividad económica-financiera que presta el servicio de transformar los riesgos de diversa naturaleza, a que están sometidos los patrimonios, en un gasto periódico presupuestable, que puede ser soportado fácilmente por cada unidad patrimonial».

2. Caracteres esenciales

En la anterior definición destacan los siguientes aspectos esenciales:

- 2.1. El seguro es una **actividad de servicios** y no una actividad industrial. En esta última, las notas características radican en la existencia de unos bienes (materia prima) que quedan convertidos en artículos de uso o consumo, y en el hecho de que en dicha transformación el elemento **capital** (maquinaria) tiene la máxima importancia; por el contrario, la actividad de servicios constituye una prestación eminentemente personal que elimina en quien la recibe la necesidad de prestar una atención especial o desarrollar una actividad particular para conseguir determinados fines. Además, en las actividades de servicios predomina el elemento **trabajo** (acción persona de las empresas que la prestan).
- 2.2. La actividad aseguradora tiene un marcado **acento financiero y económico**, no sólo porque se percibe un precio (prima), cuya con-

traprestación consiste generalmente en una masa económica (indemnización), sino también y principalmente porque desempeña la importante tarea financiera de lograr una redistribución de capitales al motivar que un elevado número de unidades patrimoniales puedan ser afectadas por las pérdidas (siniestros) que se produzcan en cualquiera de ellas.

- 2.3. Por otro lado, otro fin del seguro consiste en la **transformación de riesgos en pagos periódicos presupuestables**. Esta idea de transformación no ha de interpretarse en su sentido estricto, sino en su carácter amplio de cambio que experimentan las prestaciones satisfechas por los asegurados (primas), al poder convertirse en una considerable masa de capital con motivo de los riesgos de diversa naturaleza a que están afectos los patrimonios personal y financiero de los individuos.

Pero ha de señalarse, además, que el seguro supone también otros servicios, tan importantes como, por ejemplo, los siguientes: ayuda para el ahorro, particularmente mediante algunas modalidades del seguro de Vida, estimulando las inversiones familiares; asistencia técnica, especialmente en los riesgos de naturaleza industrial (*v. gr.*, prevención y protección contra incendios); asistencia médica, clínica, quirúrgica o de rehabilitación funcional (accidentes del trabajo, por ejemplo), o servicio de asistencia judicial (defensa procesal, prestación de fianzas individuales, etc.), especialmente en los riesgos de responsabilidad civil.

3. Objeto

En un sentido amplio, el objeto del seguro es la compensación del perjuicio económico experimentado por un patrimonio a consecuencia de un siniestro.

Aparte de este sentido, que puede identificarse con la finalidad del seguro, el objeto, en su aspecto contractual, es el bien material afecto al riesgo sobre el cual gira la función indemnizatoria.

Es tan grande la importancia de este elemento del contrato que la clasificación del seguro más comúnmente admitida agrupa las diversas modalidades de cobertura en función de los objetos asegurados; en este sentido, se habla de seguros de riesgos personales, riesgos agrícolas, riesgos patrimoniales, etc.

En los seguros personales, el objeto está constituido por la propia persona humana, sometida al riesgo de muerte, accidente o enfermedad que, a

su vez, pueden dar motivo a incapacidades permanentes o parciales, intervenciones quirúrgicas, gastos médicos, etc.

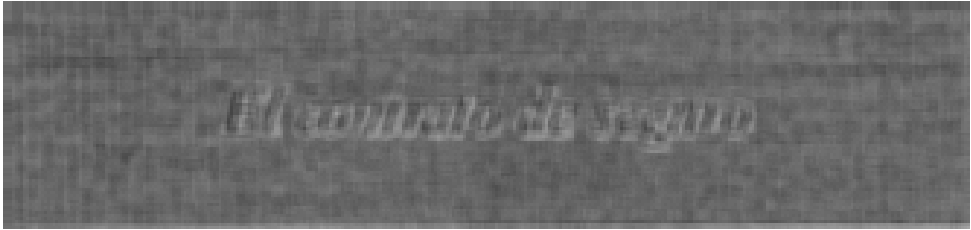
En los seguros agrícolas, el objeto se halla representado por las explotaciones agrarias, pecuarias o forestales afectas al riesgo de helada, pedrisco, incendio, muerte o robo de ganado, etc.

En los seguros industriales, el objeto lo integran las propiedades comerciales e industriales sobre las que pesa la eventualidad de posibles daños de muy diversa naturaleza (incendio, pérdida de beneficios, rotura de maquinaria, etc.).

En los seguros familiares, el objeto está constituido por los conceptos diversos que integran el patrimonio de una persona: automóvil, vivienda, mobiliario, etc.



2



I. CONCEPTO

1. De contrato

En general todo contrato puede ser definido como un pacto o convenio entre dos o más partes por el que se obligan sobre una materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento se comprometen.

2. Contrato de seguro

Es el documento o póliza suscrito con una entidad de seguros en el que se establecen las normas que han de regular la relación contractual de aseguramiento entre ambas partes (asegurador y asegurado), especificándose sus derechos y obligaciones respectivos.

En España la regulación de esta materia viene establecida, fundamentalmente, por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de seguro

Desde un punto de vista legal, el contrato de seguro es **aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de un prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.**

Mientras que el contrato suscrito con una compañía anónima agota prácticamente el contenido de las relaciones entre las partes que los suscriben, la relación jurídica que se establece con una Sociedad Mutua o Cooperativa es generalmente de naturaleza plural, ya que, al coexistir necesariamente la doble condición de socio y de tomador del seguro, tales

relaciones quedan documentadas, respectivamente, en los Estatutos Sociales (relación jurídico-social) y en el contrato de seguro o póliza (relación jurídico-asegurativa).

II. CARACTERES Y PRINCIPIOS BÁSICOS

El contrato de seguro se caracteriza por ser, fundamentalmente, consensual, bilateral, aleatorio, oneroso, de adhesión y por estar basado en la buena fe.

Es **CONSENSUAL** por cuanto se establece por el consentimiento de las partes.

Es **BILATERAL** ya que en él las partes se obligan recíprocamente la una hacia la otra.

Es **ALEATORIO** pues, mediante el mismo, las partes contratantes pactan, expresamente, la posibilidad de una ganancia o se garantizan contra la posibilidad de una pérdida, según sea el resultado de un acontecimiento de carácter fortuito.

Es **ONEROSO** ya que cada una de las partes que contrata obtiene una prestación a cambio de otra que ha de realizar.

Es de **ADHESIÓN** ya que sus cláusulas las fija una de las partes, y la otra las acepta.

Está basado en la **BUENA FE**, principio básico y característico de todos los contratos que obliga a las partes a actuar entre sí con la máxima honestidad, no interpretando arbitrariamente el sentido recto de los términos recogidos en su acuerdo, ni limitando o exagerando los efectos que naturalmente se derivarían del modo en que los contratantes hayan expresado su voluntad y contraído sus obligaciones.

La buena fe tiene una especialísima importancia en el contrato de seguro. En cuanto al asegurado, este principio le obliga a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que el asegurador tenga una completa información que le permita decidir sobre su denegación o aceptación y, en este último caso, pueda aplicar la prima correcta; asimismo, el asegurado debe procurar evitar la ocurrencia del siniestro o, una vez producido, intentar disminuir sus consecuencias. En cuanto al asegurador, la buena fe le exige facilitar al asegurado una información exacta de los términos en que se formaliza el contrato, ya que muy difícilmente puede aquél conocer o interpretar correctamente las condiciones de la póliza que se le presenten en el momento de su aceptación y firma; asimismo, el asegurador debe redactar con claridad el clausulado de las pólizas, de forma que el asegurado pue-

da conocer por sus propios medios el alcance de las condiciones a que se compromete.

III. ELEMENTOS MATERIALES

Los principales elementos materiales del contrato de seguro son: el Riesgo y la Prima. Aunque desde el punto de vista jurídico no sean propiamente elementos materiales del contrato, pueden también ser estudiados en este apartado: el Siniestro y, consecuentemente, la Indemnización.

1. El riesgo

En este punto nos remitimos a lo expuesto en el capítulo anterior, aunque sí conviene recordar que el concepto de riesgo varía según el punto de vista que se adopte, revistiendo especial importancia las dos siguientes acepciones: de un lado el riesgo como objeto asegurado y, de otro, el riesgo como **posible ocurrencia por azar de un acontecimiento o daño que produce una necesidad económica.**

Esta última acepción, que es la técnicamente correcta, recoge los caracteres esenciales de riesgo: incierto, aleatorio, posible, lícito y de contenido económico.

Desde un punto de vista jurídico-contractual, el riesgo es la «causa» del contrato de seguro en el sentido de motivo último que determina la celebración del contrato por parte del tomador.

1.1. Acepciones

Entre las distintas acepciones de RIESGO, y desde una perspectiva contractual, son destacables los conceptos que se relacionan con el interés asegurable, el bien asegurado y el capital asegurado.

- Interés asegurable

Es el requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

Esa idea se entenderá más fácilmente si se tiene en cuenta que lo que se asegura, es decir, el objeto del contrato, no es la cosa amena-

zada por un peligro fortuito, sino el interés del asegurado en que el daño no se produzca.

El interés asegurable no es sólo un requisito que imponen los aseguradores, sino una necesidad para velar por la naturaleza de la institución aseguradora, sin la cual sería imposible cumplir su función protectora en la sociedad, ya que la existencia de contratos de seguro sin interés asegurable produciría necesariamente un aumento excesivo de la siniestralidad.

Desde un punto de vista económico, ha de pensarse que un incremento anormal de la siniestralidad motivaría una elevación de las primas y el verdadero asegurado habría de pagar un precio superior al que realmente correspondería a su riesgo, perjudicándose así no sólo él, sino también la economía del país, que habría de soportar una carga económica superior a la debida.

- Bien asegurado

De acuerdo con una de las acepciones antes citadas, RIESGO es también el objeto sobre el que recae la cobertura garantizada por el seguro.

Al producirse la evaluación del objeto asegurado mediante la fijación de su valor económico efectuada por el propio asegurador en la proposición de seguro, surge el elemento «capital asegurado».

- Capital asegurado

Éste puede ser definido como el valor atribuido por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que el asegurador está obligado a pagar, en caso de siniestro.

1.2. Valoración del riesgo

En general, se entiende por valoración el cálculo o apreciación del valor económico de una cosa.

Entre los distintos tipos de «valor», se deben señalar los siguientes por su incidencia en la determinación económico-cuantitativa de la cobertura del seguro:

- Valor convenido (o estimado)

Es aquel en que, de común acuerdo entre asegurador y asegurado, se preestablece la valoración del interés que se asegura en caso de ocurrencia del siniestro.

- Valor de mercado (o real)

En este caso el interés se valora de acuerdo con el precio por el que normalmente pueda adquirirse un bien de características similares, en el momento de ocurrir el siniestro.

- Valor de nuevo

En este supuesto, la garantía del seguro cubre el precio de venta del objeto asegurado en estado de nuevo.

- Valor venal

Es el valor en venta que tiene el objeto asegurado en el momento inmediatamente anterior a producirse el siniestro.

1.3. *Alteración del riesgo*

Cuando el riesgo no permanece constante a lo largo de la vida del seguro, se produce la modificación en la naturaleza del mismo, que se manifiesta mediante los dos siguientes fenómenos de variación en su peligrosidad:

- Agravación

Es la situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista.

Teniendo en cuenta que la tarificación de un riesgo está en función de las características de éste, su modificación implica la obligación de notificarla a la entidad aseguradora para que ésta opte entre la continuación de su cobertura (aplicando el recargo de prima correspondiente) o la rescisión del contrato.

- Disminución

Esta situación se produce cuando, por determinados acontecimientos, ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad inferior a la inicialmente prevista.

La disminución del riesgo motiva necesariamente una reducción en las primas, que puede llevarse a cabo con carácter inmediato o a partir del próximo vencimiento del contrato.

1.4. Descripción y situación del riesgo

Viene dada por la expresión de aquellos datos que manifiestan los caracteres identificativos del mismo, al propio tiempo que se delimita geográficamente o territorialmente su situación exacta.

Tiene relación con este punto el llamado «Cúmulo de Riesgos» que se produce cuando determinadas partes de un mismo riesgo están aseguradas simultáneamente por la misma entidad aseguradora, o cuando ciertos riesgos distintos están sujetos al mismo evento; en este último sentido, se dice, por ejemplo, que forman cúmulo las diversas factorías de una misma industria cuya proximidad hace presumible que el incendio iniciado en una de ellas se propague a las restantes.

2. La prima

2.1. Concepto

Es la aportación económica que ha de satisfacer el contratante o asegurado a la entidad aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que ésta le ofrece.

Desde el punto de vista jurídico, es el elemento material más importante del contrato de Seguro, porque su naturaleza, constitución y finalidad lo hacen ser esencial y típico de dicho contrato.

Concepto equivalente a **prima** es el de **cuota**, aunque normalmente esta segunda expresión se emplea para designar el pago periódico que ha de satisfacerse a consecuencia de un contrato de seguro suscrito con una Mutualidad.

Por la configuración actual de la legislación española en materia de seguros, las cuotas o primas que han de satisfacerse a las mutualidades y a las compañías anónimas son en la práctica análogas, al aplicar generalmente ambos tipos de entidades unas tarifas similares.

No obstante, mientras que respecto a las primas es nota característica su invariabilidad, las cuotas que se satisfacen a las mutuas están sujetas a unas posibles variaciones en función de los resultados económicos de cada ejercicio. En este sentido, cabe hablar de cuota ordinaria (similar a la prima) susceptible de modificación a consecuencia de una derrama pasiva (cuota extraordinaria), o activa (devolución de cuota).

2.2. Elementos

Técnicamente, la prima es el coste de la probabilidad media teórica de que haya siniestro de una determinada clase.

Si en un país, o zona determinada, hubiese 1.000.000 de automóviles, respecto a los cuales la experiencia demostrase que, al cabo de un año, 250.000 de esos vehículos iban a tener un siniestro por un importe de 25.000 pesetas cada uno, la prima que el asegurador debería cobrar individualmente a las personas cuyos vehículos quisieran asegurar sería la de 6.250 pesetas.

$$\frac{250.000 \times 25.000}{1.000.000} = 6.250$$

Este ejemplo simple pone de manifiesto que la prima debe ser proporcional, entre otros aspectos, a la duración del seguro, al mayor o menor grado de probabilidad del siniestro, a su posible intensidad o coste y, naturalmente, a la suma asegurada.

Un análisis más detenido del ejemplo anterior lleva a la consecuencia de que la prima no puede ser equivalente al riesgo, sino proporcional, porque el pago de la indemnización depende de un acontecimiento fortuito, que sucederá o no, y cuya cuantía se desconoce *a priori*.

El indicado coste técnico del seguro se calcula mediante la utilización de la **tasa de prima**, la cual es un porcentaje (o tanto por mil) que se aplica sobre el capital asegurado para obtener la prima pura o de riesgo, de acuerdo con cada tipo de riesgo.

Por ejemplo, un riesgo, cuya tasa de prima sea del 5% y su valor asegurado 1.200.000 pesetas, devengará una prima de riesgo de 60.000 pesetas.

Por otra parte, el asegurador no se limita a cobrar del asegurado el precio teórico medio de esa probabilidad (**prima pura o de riesgo**), sino que ha de gravarla con una serie de recargos, tales como:

- Gastos de administración (cobro de primas, tramitación de siniestros, haberes de personal de la empresa, etc.).
- Gastos de producción (comisiones de agentes, etc.).
- Gastos de redistribución de riesgos (coaseguro y reaseguro).
- Recargo comercial (para obtener un beneficio lógico por el capital que arriesga la empresa aseguradora y el trabajo que desarrolla).

Todos estos recargos convierten la prima pura o prima de riesgo en **prima comercial**.

Todavía la entidad aseguradora ha de satisfacer otra serie de gravámenes que repercuten sobre la prima comercial y que se denominan Impuestos y Accesorios, los cuales dan origen a la **prima total** o recibo, que el asegurado ha de satisfacer definitivamente a la aseguradora.

En resumen, los elementos componentes esenciales de la prima son los siguientes:

- **Precio teórico medio de la probabilidad de que ocurra un siniestro.**
- **Recargo por gastos de administración, producción, compensación y redistribución de riesgos, más el beneficio comercial.**
- **Otros gastos accesorios o fiscales repercutibles en el asegurado.**

2.3. Clases

En función de sus componentes:

- **Prima pura o de riesgo.** Representa la unidad más simple y básica del concepto **prima**, por cuanto significa el coste real del riesgo asumido por el asegurador, sin tener en cuenta sus gastos de gestión ni otros conceptos.
- **Prima de inventario.** Resulta de sumar a la **prima pura o prima de riesgo** el recargo por gastos de administración solamente.
- **Prima comercial.** Se denomina también **prima bruta o prima de tarifa**, y es la que aplica el asegurador a un riesgo determinado y para una cobertura concreta.

Está formada, como elemento base, por la **prima pura** más los recargos para gastos generales de gestión y administración, gastos comerciales o de adquisición, gastos de cobranza de las primas, gastos de liquidación de siniestros más, en su caso, coeficiente de seguridad y beneficio industrial.

- **Prima total.** Esta se obtiene al incrementar la prima comercial con los gravámenes complementarios que procedan, tales como impuestos, recargo por aplazamiento de pago, etc. El concepto de prima total coincide con el de recibo de prima.

Según su situación económico-contable:

- **Prima emitida.** Es aquella que corresponde al nacimiento o renovación del contrato de seguro, pudiendo estar en cualquiera de los tres estados siguientes (anulada, cobrada o pendiente).

- **Prima anulada.** Es la que resulta eliminada de la emisión bien por rescisión de la póliza, por sustitución de ésta o por haber sido emitido incorrectamente el recibo correspondiente.
- **Prima cobrada.** Se da ese nombre a aquella cuyo importe ha sido satisfecho por el asegurado.
- **Prima pendiente.** Es aquella cuyo importe no ha sido aún satisfecho por el asegurado o contratante.

Según su período de cálculo y forma de pago:

- **Prima fraccionaria.** Es la calculada estrictamente para el período de tiempo —menor de un año— durante el cual tiene vigencia el seguro.
- **Prima fraccionada.** Este tipo de prima, aunque calculada en períodos anuales, es liquidada por el asegurado mediante pagos periódicos más reducidos (meses, trimestres, etc.).
- **Prima anual.** Para distinguirla de la **prima fraccionada**, se da este nombre a la que se satisface de una vez para la cobertura de un riesgo durante 12 meses.
- **Prima única.** Se trata de una modalidad de prima típica del seguro de Vida.

Representa el valor que, en el momento de emitirse la póliza, tiene el conjunto de las obligaciones futuras de la entidad aseguradora, de acuerdo con los términos de probabilidad de riesgos existentes.

En consecuencia con ello, su importe lo satisface de una sola vez, y por adelantado, el tomador del seguro, quien con ello se libera de la obligación de pagar nuevas cantidades durante toda la duración del seguro.

- **Prima periódica.** Frente a la **prima única**, es la que satisface periódicamente —normalmente, por anualidades— el tomador del seguro durante la duración de éste.

Por su relación con el riesgo:

- **Prima natural.** En el seguro de Vida, es la que corresponde en concreto a un año de riesgo, sin que se tenga en cuenta la duración total de la operación, por lo que, en consecuencia, presenta un crecimiento al aumentar la probabilidad de muerte del asegurado por su mayor edad al paso de los años.
- **Prima nivelada** (promedio o constante). Recibe tal denominación la que permanece invariable durante la vigencia del riesgo.

En el seguro de Vida y dentro de los contratos de duración superior a un año, es aquella que se mantiene constante durante toda la vida del seguro.

- **Prima creciente.** Se da este nombre a la que tiene, o debería tener, un aumento sucesivo en su importe a medida que pasa el tiempo. Ocurre esto en determinados riesgos, como en el seguro de Vida, en que al tener el asegurado más edad existe una mayor probabilidad de su muerte.
- **Prima decreciente.** Es la que tiene, o debería tener, una disminución en su importe a medida que pasa el tiempo. Ocurre esto en determinados riesgos, como algunas modalidades del seguro de Vida. Éste es el caso del Seguro de Amortización de Préstamos, en el que a medida que transcurre la duración del contrato, el capital garantizado que queda pendiente es menor y la prima sería decreciente.

Por su estabilidad económica:

- **Prima fija.** Para distinguirla de la **prima variable**, se da ese nombre a la que permanece invariable durante la vigencia de la póliza.
- **Prima variable.** Es la que, en virtud de determinadas circunstancias previstas, puede tener importe distinto a lo largo de la vigencia del contrato.

Este tipo de prima es el que pueden aplicar las mutualidades de seguro, en las que las devoluciones de excedentes a sus asegurados pueden originar una modificación de un año a otro, así como la que se deriva de la aplicación al contrato de determinadas cláusulas como, por ejemplo en el seguro de Automóviles, el «bonus» por no siniestralidad, o el «malus» por siniestralidad excesiva.

Por su grado de determinación:

- **Prima provisional.** Es aquella cuyo importe está sujeto a variación por desconocerse aún los aspectos que han de determinar su fijación concreta.
- **Prima definitiva.** En ésta su importe permanecerá invariable durante la vigencia del riesgo, salvo que se modifiquen las circunstancias o características que determinaron su fijación.

Según la anualidad en que se satisface:

- **Prima inicial o primera.** La que ha de satisfacer una vez firmado el contrato, y sin cuyo pago —que es legalmente exigible por el asegurador— no entran en vigor los efectos del seguro.

Corresponde al primer período de vigencia de la póliza (generalmente, primer año). Se diferencia esencialmente de la prima sucesiva porque, en algunos casos, tiene un importe superior al de ejercicios siguientes al incluirse en ella recargos por derechos de emisión o formalización de la póliza.

- **Prima sucesiva.** Recibe este nombre la que satisfará durante toda la vigencia del seguro, una vez vencida la primera anualidad o período inicial de cobertura de la póliza.
- **Prima anticipada.** Se utiliza principalmente en el seguro de Vida. Es aquella que el asegurado satisface de una sola vez para varios ejercicios, quedando liberado de pagos posteriores hasta que dicha prima haya quedado totalmente consumida. Normalmente, esta prima va bonificada con un descuento, cuyo importe está en función del tipo de interés con que opere la entidad aseguradora.

Según su grado de imputación al negocio de un ejercicio económico:

- **Prima devengada.** Se designa así a la porción de prima correspondiente al período estricto de seguro transcurrido durante el ejercicio en que se ha asumido la cobertura del riesgo.

Si, por ejemplo, una póliza se suscribe con carácter anual el día 1 de enero de un año, el día 30 de junio de ese mismo año la prima devengada será del 50% de la que haya correspondido a la anualidad completa.

El concepto es aplicable, igualmente, en el caso de que la duración de la póliza, como es lo normal, no coincida con el año natural. Así, si una póliza cubre un período que va desde el día 1 de diciembre de 1988 hasta el día 30 de noviembre de 1989, a 21 de diciembre de 1988 la prima devengada será equivalente a una doceava parte de la prima anual.

Haciendo referencia a la **emisión** global de un ejercicio económico, las primas devengadas se obtienen al efectuar sobre las Primas Emitidas Netas de Anulaciones, la suma algebraica de la diferencia entre las **provisiones técnicas de primas no consumidas y de riesgos en curso** existentes al iniciarse dicho ejercicio y las calculadas al final del mismo.

- **Prima(s) imputada(s) al ejercicio.** Van referidas a la **emisión** global de un período y se obtienen al efectuar sobre las «primas devengadas» del mismo, la suma algebraica de la diferencia entre las **provisiones técnicas para primas pendientes de cobro** existentes al principio de dicho período y las calculadas al final del mismo.

Si los conceptos anteriores los expresamos en una sencilla fórmula esquemática, lo antes explicado podría quedar indicado como sigue:

Primas Emitidas Netas de Anulaciones:

+ PTPNC a principio de ejercicio

- PTPNC a final de ejercicio

+ PTRC a principios de ejercicio

- PTRC a final de ejercicio

= **Primas devengadas**

+ PTPPC a principios de ejercicio

- PTPPC a final de ejercicio

= **Primas imputadas al ejercicio**

Donde:

PTPNC = Provisión Técnica para Primas no Consumidas

PTRC = Provisión Técnica de Riesgos en Curso

PTPPC = Provisión Técnica de Primas Pendientes de Cobro

Respecto a estos dos conceptos de primas, conviene indicar que como en cada ejercicio económico la cifra de primas emitidas netas de anulaciones suele ser superior a la del precedente, también las dos clases de Provisiones Técnicas antes indicadas (de riesgos en curso y de primas pendientes), calculadas a fin de cada ejercicio, son asimismo superiores a las existentes a principios del mismo (final del ejercicio anterior), siendo positiva, en consecuencia, la diferencia entre ambas cifras de provisiones (final e inicial).

Por ello, se suele decir también que las «primas devengadas» y las «primas adquiridas» se obtienen al deducir de las Primas Emitidas Netas de Anulaciones, según el método antes indicado, el incremento que en cada ejercicio hayan experimentado las Provisiones Técnicas de Reservas en Curso o de Primas Pendientes de Cobro.

Otras clases (por orden alfabético):

- **Prima de ahorro.** Se da este nombre, en el seguro de Vida, a la parte de prima destinada a cubrir la posibilidad de supervivencia del asegurado al producirse el vencimiento del contrato.
- **Prima base.** Para distinguirla de la **prima complementaria**, se da ese nombre a la que se establece con carácter básico para un determinado riesgo, sin perjuicio de ulteriores modificaciones en su importe a consecuencia de cambios, previstos o no, que en el futuro puedan introducirse en el objeto asegurado o en el valor de éste.

- **Prima de cartera.** Para diferenciarla de la **prima de nueva producción**, se da ese nombre a la que corresponde a las anualidades sucesivas de una póliza.
- **Prima complementaria (suplementaria o adicional).** Para distinguirla de la **prima base**, se da este nombre a aquella que, en determinado momento de la vigencia de la póliza, es preciso satisfacer para compensar un agravamiento en el riesgo, consecuencia de un cambio en el objeto asegurado o un aumento de su valor.
- **Prima consumida.** Es la que corresponde proporcionalmente a un período de riesgo ya vencido y corrido.
- **Prima deducida.** Es aquella de la que se han restado las deducciones derivadas de determinadas circunstancias, tales como bonificaciones por no siniestralidad, devolución de excedente (en caso de mutualidades), etc., a consecuencia de la concurrencia de determinados requisitos previstos en la tarifa, en la póliza o en el reglamento o estatutos de la entidad aseguradora.

Normalmente, la bonificación tiene el carácter de recompensa por la conducta o actividad del asegurado conducente a disminuir la intensidad de los siniestros o su frecuencia; en este sentido, se habla, por ejemplo, de bonificaciones en la prima por la instalación de equipos de extinción o prevención de incendios en el objeto asegurado, por menor siniestralidad, etc.

- **Prima de depósito.** Es la que debe satisfacer el asegurado con carácter de anticipo, a cuenta de la que resulte una vez conocida la prima definitiva.
- **Prima de indemnización.** Es la que debe satisfacer el asegurado en caso de rescindir a su voluntad un contrato antes de la fecha inicialmente prevista como duración de éste. Normalmente esta prima, que puede considerarse como penalización por incumplimiento de contrato, se aplica a los seguros de duración superior a un año.
- **Prima media.** La resultante de igualar, en beneficio de una mayor simplificación, diferentes primas concretas aplicables, por ejemplo, a distintos riesgos suscritos en un mismo contrato de seguro.
- **Prima de nueva producción.** Para distinguirla de la **prima de cartera**, se da ese nombre a la que corresponde a la primera anualidad o período inicial de vigencia de una póliza.
- **Prima de reaseguro.** Es la que el asegurador paga al reasegurador en contraprestación del riesgo asumido por éste.
- **Prima recargada.** Es la resultante de sumar a la **prima pura el recargo de seguridad** calculado explícitamente en las **bases técnicas**.
- **Prima renovable.** Es aquella cuyo importe se mantiene inalterable en

tanto en cuanto el seguro a que se aplique renueve periódicamente su vigencia en condiciones similares a las inicialmente convenidas.

- **Prima de reposición.** En general, en los seguros de daños, la prima se compone de: prima de reparación, destinada a cubrir la posibilidad de que el objeto asegurado sufra daños a causa de siniestro, que hagan necesaria la reparación, y prima de reposición, destinada a reponer el objeto como nuevo cuando los daños sufridos signifiquen su pérdida total.

La parte de prima de reposición es alta en el primer año de vigencia del contrato y va disminuyendo según decrece, por el uso, el valor del objeto asegurado.

Al contrario, la parte de prima de reparación aumenta, ya que también aumentan los posibles costes de reparación del objeto asegurado, por el propio envejecimiento de éste. Normalmente los aumentos y disminuciones de las dos partes de prima, al compensarse, no influyen en la prima global, lo que no obsta para que en determinados contratos con alto capital asegurado, se regularicen anualmente las primas a tenor de lo expuesto.

- **Prima de riesgo (en el seguro de vida).** Para distinguirla de la **prima de ahorro**, se da este nombre a la parte de prima destinada a cubrir exclusivamente la posibilidad de muerte del asegurado¹.
- **Prima temporal (o limitada).** La que se satisface durante un período de tiempo inferior al de la duración del contrato.

3. El siniestro

3.1. Concepto

Siniestro es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía. Siniestro es el incendio que origina la destrucción total o parcial de un edificio asegurado; el accidente de circulación del que resultan lesiones personales o daños materiales; el naufragio en el que se pierde un buque o las mercancías transportadas; el granizo que destruye una plantación agrícola, etc.

Siniestro es, pues, un acontecimiento que, por causar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato.

En el ámbito del seguro marítimo, al siniestro se le denomina **avería**.

¹ La prima de riesgo más la prima de ahorro integran la prima pura, en el seguro de vida.

3.2. *Su valoración*

Una vez ocurrido el siniestro, éste debe ser evaluado mediante un conjunto de actuaciones, realizadas por la entidad de seguros, encaminadas a determinar el valor económico de las pérdidas sufridas por el asegurado.

Generalmente tal valoración se efectúa por un perito, el cual elabora un informe pericial (o acta de tasación), en el que se reflejan las circunstancias concurrentes en un siniestro y el importe de los daños ocasionados a consecuencia de ello.

3.3. *Clases*

Según el grado de intensidad del daño producido:

- Siniestro total

Se da este nombre a aquel cuyas consecuencias han afectado a la totalidad del objeto asegurado, destruyéndolo completamente.

- Siniestro parcial

Es aquel cuyas consecuencias sólo afectan a parte del objeto asegurado, sin destruirlo completamente.

Según su estado de tramitación:

- Siniestro declarado

Aquel que ha sido comunicado por el asegurado a su entidad aseguradora.

- Siniestro pendiente

Es aquel cuyas consecuencias económicas aún no han sido totalmente indemnizadas por la entidad aseguradora.

Puede estar pendiente de pago por haber sido ya valorado por la entidad; pendiente de liquidación, si se encuentra en estudio su valoración; o pendiente de declaración, si, habiendo ocurrido, no ha sido comunicado pero debe ser contabilizado.

- Siniestro liquidado (o pagado)

Aquel cuyas consecuencias económicas han sido completamente indemnizadas o reparadas por la entidad aseguradora.

Según la regularidad estadística del riesgo del que proceden:

- Siniestro ordinario

Es el que tiene su origen en la ocurrencia de un riesgo ordinario o «normal». *V. gr.*: accidente de automóvil.

- Siniestro extraordinario o catastrófico

Es el que está originado por un riesgo de naturaleza extraordinaria o «excepcional». *V. gr.*: erupción volcánica.

Clasificación propia del seguro marítimo:

- Avería gruesa

Es el daño producido intencionadamente en un buque o en las mercancías que transporta para evitar otros daños mayores en el propio buque o en su carga. Su cuantía se distribuye proporcionalmente entre las partes beneficiadas de esa conducta intencionada (dueño del buque, propietario de las mercancías, asegurador, fletador, etc.).

- Avería particular (o simple)

Se denomina así al daño producido accidentalmente en un buque o en su carga. Su cuantía, al contrario de lo que sucede en la **avería gruesa**, sólo afecta al propietario (o asegurador) de los bienes dañados.

4. La indemnización

4.1. *Concepto y finalidad*

Es el importe que está obligado a pagar contractualmente el asegurador en caso de producirse un siniestro. Es, por ello, la contraprestación que corresponde a la entidad aseguradora frente a la obligación de pago de prima que tiene el asegurado.

El fin de la indemnización es conseguir una reposición económica en el patrimonio del asegurado afectado por un siniestro, bien a través de una sustitución de los objetos dañados o mediante la entrega de una cantidad en metálico equivalente a los bienes lesionados. Sin embargo, en cualquiera de ambos casos, es preciso que el valor de reposición no exceda del precio del objeto dañado inmediatamente antes de producirse el siniestro, pues de otra forma se produciría un enriquecimiento injusto para el asegurado, que

incluso llegaría a tener interés en que el siniestro se produjese para obtener con ello un beneficio.

Se comprende entonces que las indemnizaciones que las entidades de seguros hayan de satisfacer a sus asegurados tengan una doble limitación: por un lado el hecho de que la indemnización no puede ser superior al capital asegurado en la póliza para el riesgo afectado por el siniestro; y de otro, que no puede exceder del precio del objeto dañado inmediatamente antes de que se produzca el accidente.

La legislación española dispone, como regla general, que para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la realización del siniestro. No obstante, permite que asegurador y tomador, de común acuerdo, puedan fijar en la póliza, o con posterioridad a la celebración del contrato, el valor del interés asegurado que habrá de tenerse en cuenta para el cálculo de la indemnización.

4.2. *Su cuantificación*

Si el capital asegurado en la póliza lo es por un importe correcto, cuando se produce el siniestro no hay problemas prácticos en orden a la satisfacción de las indemnizaciones, ya que si el siniestro ha tenido carácter total, la indemnización equivaldría al cien por cien del capital asegurado y si el siniestro ha sido parcial, es decir, ha afectado a una parte determinada, se establece la correspondiente proporción.

El problema realmente surge cuando ha existido una valoración excesiva o defectuosa del objeto asegurado y el capital que consta en la póliza es superior o inferior, respectivamente, al que realmente tiene.

En el primer supuesto (valoración excesiva o supraseguro), en caso de siniestro total, algunos asegurados pueden creerse en el derecho de poder reclamar el 100% del capital asegurado, arguyendo que la entidad de seguros ha estado percibiendo durante determinado número de años una prima proporcional a dicho capital y que, en consecuencia, ha de satisfacer la indemnización prevista en la póliza. En este caso, si ha habido algún error en la redacción de las Condiciones Particulares del contrato, éste es normalmente imputable al propio asegurado que, cuando inicialmente hizo las declaraciones correspondientes en la propuesta, actuó de mala fe, auto-perjudicándose al asignar a los bienes asegurados un valor superior al que realmente tenían y comprometiéndose, en consecuencia, a satisfacer una prima mayor, o bien actuó con negligencia al no declarar el precio exacto, ante cuya manifestación realmente los aseguradores son impotentes para realizar las investigaciones oportunas encaminadas a establecer el precio exac-

to del valor asegurado en cada caso concreto, por las dificultades prácticas que estas comprobaciones individuales exigirían.

Por el contrario, si lo que se produce es una valoración insuficiente del objeto asegurado (infraseguro) es lógico que la postura que mantenga la entidad de seguros consista en no abonar más cantidad de la asegurada, en proporción a la cual ha percibido las primas, aunque realmente el precio del valor en venta del objeto dañado sea superior al capital asegurado.

4.3. Límites de indemnización

La cifra máxima de responsabilidad para el asegurador viene dada por el capital establecido en la póliza, por encima del cual no puede exigirse indemnización alguna por parte del asegurado.

No obstante, en algunos casos la cuantía de la indemnización no alcanza la cifra de dicho capital, al producirse, de acuerdo con las pólizas, determinados supuestos y situaciones que deben ser tenidos en cuenta para establecer la cuantía de aquélla.

Así cabe referirse a:

- Sistema de franquicias

La franquicia es la cantidad por la que el asegurado es propio asegurador de sus riesgos y en virtud de la cual, en caso de siniestro, soportará con su patrimonio la parte de los daños que le corresponda.

El régimen de franquicias se establece generalmente a iniciativa de la entidad aseguradora, la cual puede así ofrecer un abaratamiento de las primas al conseguir una importante reducción de los gastos de tramitación de siniestros, como consecuencia de no tener que atender un gran número de expedientes de pequeña cuantía.

Si el importe del siniestro es inferior a la cantidad estipulada como franquicia, su coste correrá por completo a cargo del asegurado; si es superior, la aseguradora sólo indemnizará por el exceso de aquélla. Por supuesto, la prima de un riesgo sometido a franquicia siempre será inferior que la que le correspondería si tal régimen no existiese, ya que, en el primer caso, la repercusión económica de un siniestro a cargo del asegurador es más limitada.

- Situación de supraseguro (o sobreseguro)

Es aquella que se origina cuando el valor que el asegurado o contratante atribuye al objeto garantizado en una póliza es superior al que realmente tiene.

Ante una circunstancia de este tipo, en caso de producirse un siniestro, la entidad aseguradora sólo está obligada a satisfacer el valor de venta del objeto antes de suceder el accidente, con derecho a aplicar la regla proporcional cuando el siniestro sea parcial, pues de otro modo podría producirse un enriquecimiento injusto en el asegurado o contratante, que llegaría a tener interés en que se produjese el accidente.

- Situación de infraseguro

Es la que se produce cuando el valor que el asegurado o contratante atribuye al objeto garantizado en una póliza es inferior al que realmente tiene.

En los supuestos de infraseguro, y en caso de siniestro parcial, reviste especial importancia la denominada **regla proporcional**, que se aplica en la determinación de la cifra indemnizatoria, y en virtud de la cual el daño debe ser liquidado teniendo en cuenta la proporción que exista entre el capital asegurado y el valor real en el momento del siniestro.

El siguiente ejemplo ilustrará lo anteriormente indicado: si un bien que vale 1.000.000 pesetas se asegura contra el riesgo de incendio por un valor de 500.000 pesetas (hay, en tal caso, infraseguro), en el supuesto de que se produzca un siniestro en virtud del cual quede destruida la mitad del bien, la entidad (en virtud de la regla proporcional) sólo indemnizará en 250.000 pesetas (la mitad del capital asegurado).

La regla proporcional puede no tener aplicación cuando, mediante pago de la correspondiente sobreprima, así se ha estipulado en la póliza. Se habla entonces de **seguro a primer riesgo**.

- Deducción de nuevo a viejo

Es aquella regla en virtud de la cual, sin en la reparación del objeto asegurado ha sido preciso utilizar materiales nuevos para sustituir a los averiados, el coste de la reparación a cargo de la entidad aseguradora será calculado previa disminución parcial del valor de los nuevos materiales empleados, de acuerdo con las normas aplicables a tales supuestos.

Con este principio, el fin que se persigue es evitar que un siniestro pueda ser objeto de enriquecimiento injusto para el asegurado.

- Doble seguro (o concurrencia de seguro)

Es la situación que se plantea cuando sobre el mismo objeto existen varios seguros del mismo tipo, de tal modo que, teóricamente, si se produjera la pérdida de dicho objeto a consecuencia de un sinies-

tro, las indemnizaciones conjuntas debidas por las distintas aseguradoras sobrepasarían el valor real del objeto y serían, por tanto, causa de lucro para el tomador del seguro.

Esta situación sólo sería permisible en los seguros sobre la vida humana, por la propia indeterminación del valor del objeto asegurado, que no puede limitarse económicamente.

En el seguro de daños, por ejemplo, cada una de las aseguradoras concurrentes sólo pagaría la parte proporcional del capital asegurado en la respectiva póliza, sin que el conjunto de sus respectivas indemnizaciones sobrepasara el valor real de los daños producidos por el siniestro, y si pagase por encima de su parte proporcional podrá exigir una contribución, de los demás aseguradores, por el exceso de lo que realmente le correspondiera.

La concurrencia de seguros es distinta del **coaseguro**, ya que en este último, si bien existen varios contratos sobre el mismo objeto, el importe total asegurado no sobrepasa el valor de dicho objeto.

- Cláusula de abandono

Mediante ella, cuando concurren determinadas circunstancias en caso de siniestro, el titular de una póliza cede los bienes asegurados en favor de su entidad aseguradora, como consecuencia de lo cual pasan tales bienes a la propiedad de ésta, que debe satisfacer el total de la **indemnización** establecida en la póliza sin deducir el valor de los restos que hayan sido salvados del siniestro.

La cláusula de abandono es característica, por ejemplo, de los seguros de transporte marítimo.

4.4. Forma de pago

Con carácter general y atendiendo a la naturaleza de cada clase de seguro, pueden distinguirse distintas formas de efectuar el pago de la indemnización.

Dicho pago podría llevarse a efecto ya mediante la entrega de una cantidad de **dinero** (por ejemplo, seguro de Vida), ya llevando a cabo la **reparación** de la cosa dañada (por ejemplo, daños propios en el seguro del Automóvil) o la **reposición** o sustitución del bien siniestrado (por ejemplo, seguro de Rotura de Cristales), o bien efectuando la **prestación de un servicio** (por ejemplo, seguros de Defensa Jurídica y Asistencia Sanitaria).

Por otra parte, aunque lo normal es que la indemnización sea fijada y satisfecha de una sola vez, hay supuestos en que ello no es así.

En tal situación se encuentran los casos en que existe:

- Anticipo, que puede ser definido como una entrega a cuenta de la liquidación definitiva

En el ámbito del Derecho de Seguros español, puede calificarse de anticipo el importe mínimo de la indemnización que el asegurador debe satisfacer dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, a cuenta del importe definitivo de los daños que resulten del mismo.

En el seguro de Vida, y respecto a las modalidades de contratos en los que se ha previsto el derecho de **rescate**, es la cantidad que puede percibir el asegurado a cuenta del capital que en su momento le corresponda, cumplidas las condiciones establecidas en la póliza.

- Indemnización diaria

Es característica de los seguros de accidentes personales y consiste en el pago que ha de efectuar el asegurador al asegurado durante los días en que éste permanece de baja por incapacidad temporal, y a tener de la suma acordada en las condiciones particulares del contrato.

En el seguro obligatorio de automóviles, por ejemplo, el juez competente que entiende de las diligencias incoadas con motivo de un accidente de circulación, puede acordar, como medida provisional, la concesión de una indemnización diaria a las víctimas, con cargo al asegurador. Esta indemnización se considera como anticipo a cuenta de la que finalmente se conceda y es, por tanto, deducible de esta última.

IV. ELEMENTOS PERSONALES

1. Asegurador

Es la persona que, mediante la formalización de un **contrato de seguro**, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

En la práctica totalidad de las legislaciones, el asegurador ha de ser «persona jurídica», revistiendo, en general, la forma de compañía anónima, mutualidad o cooperativa.

De ahí que el término «asegurador» sea sinónimo de «entidad aseguradora».

2. Contratante (o tomador)

Es la persona que suscribe con una entidad aseguradora una póliza o contrato de seguro y se obliga al pago de la prima. Equivale a **mutualista**, en una sociedad mutua. Generalmente su personalidad coincide con la del **asegurado**.

3. Beneficiario

Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.

Su designación puede ser expresa (*v. gr.* «Don/doña», o «su cónyuge, Don/doña», etc.) o tácita (*v. gr.* «los herederos legales del asegurado»), y generalmente de libre nombramiento, aunque es práctica normal que el beneficiario tenga en alguna forma un vínculo común de intereses personales, familiares o económicos con el asegurado o contratante.

4. Asegurado

En sentido estricto, es la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.

Así, en el ramo de Vida, asegurado es la persona cuya vida se garantiza; en el ramo de Incendios, es el titular del inmueble cubierto por la póliza.

En el seguro de vida, se utiliza la expresión «cabeza asegurada» para designar a la persona asegurada, cuyo fallecimiento o supervivencia es causa del pago del capital por parte del asegurado.

En la práctica, la figura del asegurado puede verse acompañada por otras manifestaciones personales que unas veces son coincidentes con él y otras, gozan de independencia: a) el suscriptor de la póliza, llamado generalmente **tomador del seguro o contratante**, cuya peculiaridad radica en la obligación esencial que pesa sobre él del pago de la prima; b) el **beneficiario**, cuya única vinculación al contrato de seguro es la de ser titular del derecho indemnizatorio.

No obstante, en sentido amplio, asegurado es quien suscribe la póliza con la entidad aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones que se produzcan a consecuencia del siniestro.

De hecho, especialmente en los riesgos patrimoniales, es decir, aquellos en los que el siniestro afecta directamente a la masa económica del asegurado (*v. gr.*, incendios, robo, etc.), «Contratante», «Asegurado» y «Beneficiario» suelen ser la misma persona.

Por el contrario en los seguros de riesgos personales (vida, enfermedad, accidentes individuales, etc.) es posible y hasta en muchos casos frecuente, particularmente en los riesgos colectivos o de grupo, que aquellas tres figuras tengan naturaleza independiente: así, aparecen seguros directamente concertados por una empresa («contratante») a favor de sus empleados («asegurados») y en donde quienes perciban la indemnización en caso de fallecimiento de éstos sean sus herederos u otras personas específicamente designadas al efecto («beneficiarios»).

5. Perjudicado

Es quien ha sufrido un **daño** en su persona, en sus derechos, bienes o intereses.

En terminología aseguradora es la persona que, a consecuencia de un siniestro, sufre un daño o perjuicio. Este último, en el ámbito del seguro, es la pérdida personal o material producida a consecuencia indirecta de un siniestro. Se utiliza este concepto para distinguirlo del daño, originado como consecuencia directa del accidente.

Como ejemplo orientativo, si se supone el incendio de una fábrica, el daño es la destrucción del edificio, de la maquinaria o de las mercancías; el perjuicio puede ser la pérdida de beneficios que tendrá el propietario de la industria a consecuencia de la paralización de sus ventas.

V. ELEMENTOS FORMALES

1. Los orígenes del contrato

1.1. *La solicitud de seguro*

Es el documento cumplimentado por el tomador del seguro mediante el cual «solicita» o pide de la entidad aseguradora las coberturas descritas en dicho documento y, en consecuencia, la emisión de la correspondiente póliza. En Derecho español la solicitud de seguro no vincula al solicitante ni al asegurador a quien se solicita.

1.2. *La proposición de seguro*

En general, es el documento formalizado por el presunto asegurado o contratante, en el que se describen las características del riesgo que se desea asegurar, a fin de que la entidad aseguradora, tras su estudio, decida su rechazo o aceptación y, en este último caso, aplique la prima adecuada. Generalmente, este documento, por su propio contenido, forma parte de contrato o póliza de seguro.

En el régimen mutualista, la proposición implica también, normalmente, la solicitud de ingreso en la mutualidad.

Desde un punto de vista estrictamente legal, en el ordenamiento español la proposición de seguro es la que realiza el propio asegurador, que queda vinculado por la misma durante quince días, según la ley de Contrato de Seguro.

También se denomina **oferta de seguro (o proyecto de seguro)**, y en ella el **asegurador** propone las condiciones y términos en que llevaría a cabo la cobertura del riesgo, elaborando un documento para someterlo al estudio del presunto asegurado, en el que se refleja un análisis de determinado riesgo y se exponen las condiciones técnicas, administrativas y económicas en que podría realizarse la cobertura del mismo.

1.3. *Las declaraciones (del asegurado)*

Se denominan así las manifestaciones del asegurado en la proposición o solicitud de seguro que, en cuanto describen las circunstancias y valor del objeto asegurado, son la base del contrato, ya que sirven para que el asegurador decida sobre la aceptación y tarificación del riesgo. La falsa declaración o **reticencia** dan opción al asegurador para la rescisión del contrato.

Tales declaraciones se incorporan también en el «Cuestionario», documento que, según la ley española, debe ser presentado por el asegurador al futuro tomador y en el cual han de estar contenidas todas las circunstancias que se consideren relevantes para la valoración del riesgo.

Es documento de especial relevancia, cuya confección y formulación corresponde al asegurador, y cuyo contenido delimitará la amplitud del deber de declaración impuesto por la ley y al futuro tomador, el cual quedará exonerado de tal deber «si el asegurador no le somete el cuestionario o cuando, aún sometiéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él».

2. La formalización del contrato: la póliza

2.1. Concepto de la póliza

Es el documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el asegurador y el asegurado.

Su inexistencia afectaría a la propia vida del seguro, ya que sólo cuando ha sido emitida y aceptada por ambas partes se puede decir que han nacido los derechos y obligaciones que de la misma se derivan.

Si bien la póliza es el documento fundamental en base al cual se formaliza el contrato de seguro, existen otros que, en determinados casos, también conforman el contrato.

Entre ellos, merecen especial mención los siguientes:

- *Suplemento de póliza*

Documento que se une a una póliza de seguro en el que se establecen ciertas modificaciones o declaraciones en el contenido anterior a ésta.

Los suplementos, al igual que los contratos originales, sólo surten efecto cuando han sido suscritos por asegurador y asegurado.

En la terminología aseguradora se utilizan con frecuencia las expresiones de suplemento de aumento de garantías, de reducción, de rectificación de errores, etc., para indicar el contenido de las modificaciones que se introducen en el contrato.

- *Certificado de seguro*

En general, es el documento por el que un asegurador da fe de la existencia de ciertas coberturas sobre un determinado objeto o persona.

Normalmente el certificado de seguro sólo recoge las condiciones particulares del contrato y se remite, en lo que a Condiciones Generales respecta, a la «póliza base» previamente suscrita.

- *«Carta Verde»*

Se denomina también Certificado Internacional de Seguro, y es un documento normalizado que goza de plenitud de efectos en todos los países signatarios del «Convenio Europeo Interbureaux».

Mediante la Carta Verde un asegurador garantiza la responsabilidad civil en que pueda incurrir el usuario de un vehículo, por hechos derivados de la circulación del mismo y acaecidos en cualquiera

de los países adheridos al citado convenio, salvo en el de su residencia habitual.

Normalmente el documento se emite con garantías ilimitadas, pero en cualquier caso sus coberturas deben ser, al menos, las mínimas obligatorias establecidas en el país o países donde deba surtir efecto.

- *«Slip»*

Es término inglés, sinónimo de «Nota» o «Boletín», con el que se designa al documento en que se anotan determinados datos descriptivos de un riesgo y en el que cada asegurador o reasegurador hace constar la parte de riesgo que acepte.

- *Boletín de aplicación*

Es el documento que en las pólizas colectiva o flotantes cumplimenta el asegurado para comunicar a la entidad aseguradora las altas, bajas o modificaciones que han de introducirse en la póliza.

En reaseguro, se da también este nombre al documento (**Borderó**) mediante el cual la compañía cedente notifica al reasegurador los riesgos o siniestros que afectan al contrato suscrito entre ambos.

- *Garantía provisional*

Recibe este nombre el compromiso aceptado por un asegurador por el que concede a un asegurado, durante cierto tiempo, una cobertura de riesgo antes de la formalización del contrato de seguro definitivo.

- *Duplicado de póliza*

Es una copia exacta de una póliza, firmada y sellada del modo habitual y utilizable por tanto, a todos los efectos, como el documento original.

2.2. Partes de la póliza

Pese al tratamiento unitario que la legislación concede a la Póliza de Seguro, en la práctica es frecuente distinguir partes diferenciadas de ella, cuya denominación está íntimamente ligada a su contenido. En este sentido, puede hablarse de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales.

Las **Condiciones Generales** reflejan el conjunto de principios básicos que establece el asegurador para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad de garantía.

En tales condiciones suelen establecerse normas relativas a la extensión y objeto del seguro, riesgos excluidos con carácter general, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, cobro de recibos, comunicaciones mutuas entre asegurador y asegurado, jurisdicción, subrogación, etcétera.

Las **Condiciones Particulares** recogen aspectos concretamente relativos al riesgo individualizado que se asegura y en particular los siguientes:

- Nombre y domicilio de las partes contratantes, y designación del asegurado y beneficiario, en su caso.
- Concepto en el cual se asegura.
- Naturaleza del riesgo cubierto.
- Designación de los objetos asegurados y de su situación.
- Suma asegurada o alcance de la cobertura.
- Importe de la prima, recargos e impuestos.
- Vencimiento de las primas, así como lugar y forma de pago.
- Duración del contrato, con expresión de cuándo comienzan y terminan sus efectos.

Finalmente, junto a las Condiciones Generales y Particulares, se encuentran las **Condiciones Especiales** cuya misión más frecuente es matizar o perfilar el contenido de algunas normas recogidas en aquellas. En esta línea, el establecimiento de franquicias a cargo del asegurado, la supresión de algunas exclusiones y la inclusión de otras nuevas, son condiciones de este tipo frecuentes en las pólizas.

2.3. Clases de pólizas

Por la amplitud de los riesgos cubiertos:

- **Póliza simple.** Se da ese nombre a aquella en que sólo se cubre una garantía concreta.
- **Póliza combinada (o global).** Es aquella en la que, simultáneamente, se concede cobertura al asegurado para diferentes riesgos que tienen un nexo común (póliza combinada de seguros de Automóviles y seguro de Ocupantes: póliza combinada de seguros de Incendio, Robo y Responsabilidad Civil, etc.).
- **Póliza a todo riesgo (o integral).** Se designa así a aquella en que, respecto al objeto asegurado, se garantizan conjunta y simultáneamente todos los riesgos que puedan afectarle.

3. La vida del contrato

3.1. Perfeccionamiento del contrato de seguro

El perfeccionamiento de cualquier contrato se produce en el momento jurídico en que, reunidos los elementos personales, reales y formales de cada especie negocial, comienzan sus efectos obligando a las partes al cumplimiento de lo pactado.

En cuanto al contrato de seguro se refiere, puede decirse, con carácter general, que la póliza se considera perfeccionada (o formalizada) cuando se han convenido por ambas partes sus condiciones generales y particulares, habiéndose llevado a cabo la emisión de la póliza, su firma y el pago de las primas correspondientes.

En este punto reviste especial interés la **aceptación** del asegurador, mediante la cual éste decide la admisión y cobertura del riesgo que le ha sido solicitado por el presunto asegurado; consecuencia de ello es la emisión y formalización de la póliza.

3.2. Contenido del contrato de seguro

Como en cualquier otro tipo de contrato, en el de seguro su contenido viene determinado por el conjunto de obligaciones que afectan a cada una de las partes, y que son correlativos derechos para la otra.

Obligaciones del asegurado

Son esencialmente las siguientes:

- Descripción correcta y completa del riesgo u objeto asegurable así como fijación de su valor económico.
- Pago de la prima acordada.
- Notificación del siniestro producido.

Seguidamente pasamos a comentar cada una de ellas:

• **Descripción correcta y completa del riesgo**

Este deber de declarar puede ser infringido si en las declaraciones del asegurado existen reservas o inexactitudes.

En dicho comportamiento cabe hablar de:

- Inexactitud. Es la falta de veracidad en las declaraciones del asegurado o tomador del seguro respecto a las circunstancias

por él conocidas que pudiesen influir en la valoración del riesgo.

Se materializa mediante una exposición incorrecta, imprecisa o inexacta efectuada por el asegurado o contratante respecto al objeto asegurado o a sus características; también puede afectar la falsa declaración a las circunstancias que ha concurrido en un accidente o a las consecuencias de él derivadas.

En caso de inexactitud, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante escrito dirigido al asegurado en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la inexactitud y, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, tendrá asimismo derecho a retener las primas relativas al período de seguro en curso, aunque aún no estén devengadas.

Si ocurriera un siniestro antes de que el asegurador efectuase dicha comunicación escrita, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado caso de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si hubiera **dolo** o culpa grave en la inexactitud del asegurado, el asegurador quedaría liberado del pago de la indemnización.

- Reticencia. Es la ocultación maliciosa efectuada por el asegurado al exponer la naturaleza o características de los riesgos que desea cubrir, destinada a conseguir un abaratamiento en la prima de seguro.

La reticencia puede ser causa de rescisión del contrato de seguro y, en consecuencia, de pérdida del derecho a la indemnización.

En relación con el tema de las declaraciones inexactas, se encuentra la de **Indisputabilidad (o Incontestabilidad)**, según la cual, y especialmente en las pólizas de seguro de Vida, no pueden perjudicar al asegurado las omisiones o reticencias que, sin mala fe, haya tenido al efectuar la declaración de seguro en base a la cual se ha emitido y formalizado la póliza.

Normalmente, en todas las modalidades de seguro, las omisiones del asegurado en la declaración de riesgo a la aseguradora (aún la omisión de buena fe) pueden perjudicarle si, al producirse el siniestro, se demuestra que el riesgo no coincidía con el previamente manifestado por el contratante, y en su virtud la aseguradora podrá rehusar la liquidación de la indemnización, alegando esa falsedad; sin embargo, esta situación

no perjudica al asegurado por póliza de Vida, salvo si se demuestra que el propio asegurado conocía la circunstancia que conscientemente dejó de declarar.

Por las mismas razones que el riesgo ha de ser exacto y completamente declarado inicialmente, debe comunicarse al asegurador cualquier **alteración** del mismo, entendiéndose por tal toda modificación en la naturaleza del riesgo que, si es de carácter accidental, puede motivar la rescisión de la póliza a voluntad del asegurador o del asegurado; si es originada por éste, la facultad resolutoria queda reservada a la entidad aseguradora.

Dicha alteración es de especial importancia cuando significa una **agravación del riesgo**, el cual adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista.

Teniendo en cuenta que la **tarifación** de un riesgo está en función de las características de éste, su modificación implica la obligación de notificarla a la entidad aseguradora para que ésta opte entre la continuación de su cobertura (aplicando el recargo de prima correspondiente) o la rescisión del contrato.

• Pago de primas

Ésta es una de las obligaciones esenciales del asegurado, hasta el punto de que mientras no se cumpla no tomará efecto el contrato.

De acuerdo con la legislación española en las pólizas contratadas por anualidades prorrogables, cuando el asegurado no avisa de su intención de rescindir el seguro con antelación (no inferior a dos meses) al vencimiento, queda obligado al pago de prima de la siguiente anualidad.

En caso de impago de la prima, las consecuencias son las siguientes:

- Si la falta de pago se refiere a la primera prima (o a la prima única, según el caso), el asegurador puede optar entre resolver el contrato o exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, quedando asimismo, salvo pacto en contrario, liberado de la obligación de atender el siniestro producido antes del pago.
- Si la falta de pago se refiere a la segunda o sucesivas primas, el tomador tiene para realizar el pago el **plazo de gracia** de un mes computado desde la fecha de vencimiento, transcurrido el cual se producen los siguientes efectos si no se efectúa el pago:

- * Suspensión de la cobertura por parte del asegurador (**Suspensión de Garantía**).
- * Durante el plazo de seis meses, contado desde el vencimiento, el asegurador puede reclamar el pago de la prima, quedando extinguido el contrato si no se efectúa tal reclamación en dicho plazo.

En el caso de que se abonen las primas antes de que el contrato se resuelva o se extinga, la cobertura reinicia su efecto a las veinticuatro horas del día en que se produjo dicho pago.

La prima es normalmente anual y la obligación de pagarla íntegramente no se desvirtúa por el hecho de su fraccionamiento. En caso de **mora del asegurado** o rescisión del contrato por cualquier causa, vencerán los pagos fraccionados pendientes, que serán automáticamente exigibles.

El pago de la prima se instrumenta mediante la emisión del **Recibo de Primas**, que es el documento por el que una entidad aseguradora reconoce haber percibido del asegurado y respecto a determinado riesgo las primas correspondientes al período que en tal documento se hace constar. Según que tal período corresponda a la primera anualidad de vigencia de la póliza o a sucesivas, se habla de **Recibo de Nueva Producción** o **Recibo de Cartera**, respectivamente.

Por último, en relación con la forma de pago de las primas, conviene hacer dos indicaciones:

- Que éstas pueden ser satisfechas mediante **domiciliación bancaria**, en virtud de la cual el cobro de los recibos de prima de un seguro lo lleva a cabo el asegurador, mediante el oportuno cargo de la cuenta corriente del asegurado abierta en un banco o establecimiento de crédito.
- Que si el asegurado desea no satisfacer de una sola vez el importe de la prima, puede acogerse, en determinados casos, a su **fraccionamiento**, sistema en virtud del cual se permite al asegurado que la prima de una anualidad completa, que debería ser abonada por anticipado y de una sola vez, sea liquidada en varios pagos periódicos, mediante el pago de un recargo o **sobreprima por fraccionamiento**.

En cualquier caso, el fraccionamiento en el pago no supone el fraccionamiento del seguro, de forma tal que una póliza

concertada por anualidades prorrogables, aunque la liquidación de las primas se efectúe por semestres o trimestres, por ejemplo, no puede ser libremente rescindida por el asegurado al finalizar uno de tales períodos, sino al vencimiento de cada anualidad, por lo que la obligación de pagar las primas pendientes persiste hasta que venza la anualidad completa.

- **Notificación del siniestro**

Después de ocurrido el siniestro, la comunicación al asegurador de la ocurrencia del siniestro es una de las obligaciones principales del asegurado, cuyo incumplimiento (dentro de un plazo determinado en las condiciones generales de las pólizas) puede dar lugar a la pérdida de la indemnización debida por el asegurador.

Ello es consecuencia del principio en virtud del cual corresponde al asegurado la **prueba del daño**, así como que éste ha sido causado por la ocurrencia de un riesgo cubierto por la póliza.

Dicha notificación se efectúa, en general, mediante un documento normalmente conocido como **aviso de siniestro**.

Relacionado estrechamente con el deber de comunicar el siniestro se encuentra el de **información**, el cual puede ser definido como la obligación que tiene el asegurado de facilitar a su asegurador todos los datos que conozca sobre las circunstancias y consecuencias de un siniestro. El incumplimiento de este deber puede dar lugar a la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que el asegurado hubiera actuado con **dolo** o culpa grave.

Otro de los deberes del asegurado, una vez ocurrido el evento dañoso, es el de procurar la **aminoración de las consecuencias del siniestro** adoptando las medidas de salvamento adecuadas.

En resumen, el comportamiento que el asegurado debe tener, una vez producido el daño, se puede resumir en tres tipos de actuaciones: **notificar** el siniestro, **informar** de todos los datos conocidos y **aminorar** sus consecuencias, en lo posible.

Por último, conviene indicar, en relación con este punto, que es al comunicar el siniestro, mediante declaraciones no veraces, cuando puede ponerse de manifiesto la existencia de **fraude en el seguro** que se produce cuando el propio asegurado ha procurado intencionadamente la ocurrencia del siniestro o ha exagerado sus consecuencias con ánimo de conseguir un enriquecimiento injusto a través de la indemnización que espera lograr el asegurador. En sentido amplio, una actuación fraudulenta es aquella que se realiza en contra del principio de **buena fe**.

El descubrimiento del fraude, aparte de las consecuencias penales que puede implicar para el autor del mismo, puede suponer la rescisión de la póliza y la pérdida de todo derecho indemnizatorio.

Existen, fundamentalmente, dos fórmulas para fijar la indemnización, con independencia de la reclamación en vía judicial:

- El arreglo amistoso. Al cual se llega entre las partes que litigan sobre un asunto, sin necesidad de acudir a la decisión de terceros (normalmente, la autoridad judicial). El arreglo o transacción supone la renuncia del perjudicado a las acciones que judicialmente le corresponderían contra el responsable de los daños y, subsidiariamente, contra su entidad aseguradora.
- La amigable composición. Ésta es una fórmula general de **transacción** utilizada para resolver las discrepancias surgidas entre asegurador y asegurado respecto a la indemnización originada por un siniestro, en virtud de la cual la resolución que se acuerde no estará condicionada a normas legales o contractuales prefijadas, sino a la equidad que se supone en la persona que ha de adoptar la decisión (árbitro o amigable compositor).

La posibilidad de utilizar la amigable composición se establece en las pólizas mediante la inclusión en ellas de la denominada **cláusula de arbitraje**, en virtud de la cual las diferencias surgidas entre el asegurador y el asegurado respecto a la interpretación del condicionado de la póliza son sometidas a la decisión de terceras personas en las que se presume una actuación imparcial y objetiva.

Obligaciones del asegurador

Se refieren principalmente al pago de la indemnización acordada en póliza, una vez producido el siniestro. A título informal hay que destacar la existencia, en la práctica, de una serie de obligaciones complementarias del servicio que supone el seguro; en este sentido puede hablarse de la **Prevención** de riesgos y la **Asistencia** e información al asegurado.

- **Pago de indemnizaciones.** Es, pues, la principal obligación del asegurador, motivada por la ocurrencia de un siniestro indemnizable y notificado por el asegurado y determinada por la tasación de los daños producidos por el siniestro.

En consecuencia, la indemnización se pagará con arreglo a los daños evaluados, pero con el tope máximo del valor asegurado que figure en el contrato.

El asegurador puede cumplir con la obligación de indemnizar de diversos modos:

- Pagando en metálico el importe tasado de los daños.
- Reparando o reemplazando a su cargo el objeto dañado.
- Tomando a su cargo, en todo o en parte, los bienes dañados, valorados en su precio de tasación, que habrá de ser abonado al asegurado. Sin embargo, la facultad de hacer **abandono** de los bienes dañados sólo se reconoce al asegurado en algunos casos concretos del Seguro de Daños Patrimoniales.

La elección del modo de indemnización se establece en la póliza mediante la conocida como **cláusula de opción**.

En ciertos casos al asegurador puede interesarle efectuar determinados pagos para los que no se encuentra obligado por el contrato de seguro, surgiendo entonces los denominados **pagos ex-gratía**, con los que normalmente se persigue con ello evitar los gastos excesivos que se producirían al tener que demostrar judicialmente, o de modo análogo, la improcedencia de dicho pago, cuyo importe no compensaría la cuantía de aquellos gastos.

En tales casos, si mediase contrato de reaseguro, el reasegurador no será responsable de los pagos ex-gratía efectuados por la cedente, salvo en el caso de que los hubiera autorizado previamente o que en el contrato se indique expresamente que queda obligado a pagar su parte.

— **Notificación expresa al asegurado en caso de rehúse del siniestro.**

El asegurador puede acordar el **rehúse del siniestro**, a la vista de los datos y circunstancias que se pongan de manifiesto en la comunicación de éste, y en base a las normas de la póliza.

Tal rehúse debe comunicarse por escrito al asegurado, expresando los motivos del mismo.

— **Incumplimiento del pago de la indemnización: mora del asegurador.**

La Ley de Contrato de Seguro establece al respecto que:

- * Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

- * La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.
- * En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado siguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.
- * Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro. No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

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

- * Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al apartado precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.
- * No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

Otras cláusulas y estipulaciones propias del contrato de seguro

- **Cláusula de participación en resultados.** Es un sistema de retribución, generalmente de carácter complementario, en virtud del cual se asigna a una persona una participación económica en los resultados que produzca una póliza o conjunto de ellas.

Se suele aplicar este sistema a los titulares de pólizas colectivas o de grupo del Ramo de Vida.

- **Cláusula de valor convenido.** Mediante ella se atribuye al objeto asegurado un determinado valor cuyo importe será el que debe satisfacer el asegurador en caso de siniestro, sin aplicación de la **regla proporcional**.

Como ejemplo, podría citarse el seguro de daños de un cuadro de un pintor famoso cuyo valor se conviene entre el asegurador y el tomador del seguro, ante la dificultad de determinarlo de un modo objetivo.

Un ejemplo específico de valor convenido se da en el **seguro a primer riesgo**.

- **Cláusula de índice variable.** Llamada también de **indexación** o de **revalorización**, es aquella en virtud de la cual el importe de la suma o capital asegurado, y correlativamente el de la prima del seguro, se corrigen periódicamente en función de la variación que haya experimentado un índice —*v. gr.*, el de precios al consumo— previamente establecido.

- Otro de los puntos regulados en las pólizas es el de las **comunicaciones** entre asegurado y asegurador. Las del asegurado sólo serán válidas si han sido dirigidas por escrito al asegurador. No obstante, las efectuadas a un **agente afecto representante** del asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del asegurador al asegurado se considerarán válidas si se han dirigido al último domicilio de éste conocido por aquél; las del asegurado deberán enviarse al domicilio social del asegurador o al de la oficina de éste que haya intervenido en la emisión de la póliza.

- **Plazos** más significativos en la contratación del seguro:

- **Plazo de aceptación.** Es el período con que cuenta el asegurador, una vez que se le ha propuesto la cobertura de un riesgo, para decidir entre rehusarlo o aceptarlo.

- **Plazo de carencia.** Éste, generalmente, se encuentra comprendido entre el momento inicial en que se formaliza una póliza y una fecha posterior predeterminada, y durante el mismo no surten efecto las garantías previstas en la póliza.

El plazo de carencia, que en general sólo se estipula en los contratos de riesgos personales (seguro de Vida o Enfermedad) supone una defensa del asegurador frente a quienes suscribiesen una póliza, conociendo *a priori* que el hecho determinante de la indemnización (muerte o enfermedad, en los casos anteriores) iba a producirse inexorablemente de forma casi inmediata.

- **Plazo de gracia.** Es aquel durante el cual, aunque no esté cobrado el recibo de prima, surten efecto las garantías de la póliza en caso de siniestro.

El plazo de gracia, que generalmente suele concederse durante el mes siguiente a cada uno de los vencimientos anuales de la póliza, tiene como justificación no sólo facilitar a los asegurados el pago de las primas, sino, fundamentalmente, evitar las situaciones de injusticia que se producirían cuando un asegurado no hubiese satisfecho su recibo de prima por causas imputables a retrasos o deficiencias administrativas de la propia entidad aseguradora.

- **Plazo de preaviso.** Es el período de tiempo previsto en las pólizas durante el cual cualquiera de las partes que ha suscrito el contrato de seguro puede comunicar a la otra la rescisión del mismo a partir de su próximo vencimiento.

3.3. Duración del contrato

El plazo durante el cual tienen vigencia las garantías de un contrato de seguro comienza con la fecha de efecto inicial de la póliza y finaliza con el vencimiento de ésta, que suele ser un año más tarde.

Pueden concertarse seguros temporales a plazo fijo, superior o inferior a una anualidad, vencido el cual, la póliza queda rescindida automáticamente, siendo preciso otro nuevo contrato para continuar la cobertura del mismo riesgo.

No obstante, es práctica frecuente y generalizada establecer la **prórroga o renovación del seguro**, pudiendo ser ésta definida como el acto por el que, por acuerdo expreso o tácito entre las partes que han suscrito la póliza, las garantías de ésta se extienden a un nuevo período de cobertura, generalmente de un año, en las mismas condiciones que tenían vigencia hasta

ese momento. Requisito indispensable para que la renovación surta efecto es el pago anticipado de la prima correspondiente.

Según el Derecho español, el plazo para que cualquiera de las partes pueda impedir la renovación tácita de seguro es de al menos dos meses antes de la expiración del mismo.

Normalmente la renovación se efectúa por la vía tácita, ya que lo que se estipula en las pólizas es que aquella se produce salvo que, expresamente, alguna de las partes manifieste lo contrario en el plazo establecido.

3.4. Rescisión del contrato

Es la pérdida de vigencia de los efectos de una póliza en virtud de determinadas causas.

La rescisión del contrato de seguro obra exclusivamente sobre los efectos del mismo sin prejuzgar su validez originaria y puede ser ejercitada por el asegurador cuando concurren especiales circunstancias: **alteración del riesgo, falsa declaración, impago de prima, reticencia, etc.**

En las condiciones generales de las pólizas suele estipularse la facultad del asegurador de rescindir el contrato después de la ocurrencia de un siniestro, notificándolo fehacientemente al asegurado y devolviéndole la parte de prima no consumida. Este mismo derecho y en iguales circunstancias, puede ser ejercitado por el asegurado sin que en este caso pueda exigir, sin embargo, la devolución de prima.

El ejercicio del derecho a rescisión se formaliza mediante el **aviso de rescisión**, el cual contiene la comunicación que una de las partes que suscribe el contrato de seguro efectúa a la otra, dándole cuenta de su decisión de dejar sin efecto la póliza a partir de determinada fecha.

Normalmente, la rescisión debe ser notificada dentro del **plazo de preaviso** estipulado en las pólizas, que suele ser de dos meses antes de su vencimiento natural.

Asimismo, en los seguros de daños contratados por plazos superiores a una anualidad, tiene el asegurado la facultad de poder rescindir el contrato a su vencimiento sin otro requisito que el correspondiente cumplimiento del **plazo de preaviso**.

Si en el contrario no figurase esta cláusula, el asegurado, al rescindirlo, debería pagar lo que se denomina **prima de indemnización**.

3.5. Anulación del contrato

En la terminología aseguradora, este concepto significa la rescisión de los efectos de una póliza, bien sea por producirse las circunstancias que se pre-

vieron contractualmente como determinantes de ello, por acuerdo mutuo de asegurador y asegurado o por decisión unilateral de cualquiera de las partes, aunque en este último caso es normal que exista un plazo mínimo de preaviso a la otra parte y, si la decisión ha sido propuesta por la entidad aseguradora, una devolución de primas al asegurado en proporción al riesgo no corrido.

No obstante, en puridad de principios, debe distinguirse entre **anulación** y **rescisión** de una póliza. La anulación de una póliza, como la de cualquier contrato, tiene como consecuencia básica la **no existencia** de dicha póliza, por lo que, en caso de producirse (por ejemplo, debido a que no había objeto asegurable), el asegurado ha de reembolsar las indemnizaciones percibidas y el asegurador debe devolver las primas cobradas; es decir, **nunca ha habido contrato**. La rescisión, en cambio, no opera con efecto retroactivo, sino desde la fecha en que se plantea, considerándose válidos los efectos producidos con anterioridad a ese momento; es decir, el asegurador retiene las primas cobradas, por ejemplo, en anualidad precedentes, al igual que el asegurado retiene las indemnizaciones que le hubiesen sido satisfechas hasta entonces.

En el ámbito del seguro suelen ser usuales los siguientes significados del término:

- **Anulación de cartera.** Normalmente se da este nombre a la que afecta a pólizas concertadas en ejercicios anteriores de aquel en que se lleva a cabo la rescisión del contrato; es decir, la que afecta a pólizas de **cartera**.
- **Anulación de nueva producción.** Se denomina así a la que afecta a pólizas (o suplementos) concertados en el mismo ejercicio en que se lleva a cabo la rescisión.
- **Anulación sin efecto.** Es aquella que afecta a una póliza (o suplemento) desde su efecto inicial de entrada en vigor. Puede haber una sustitución del documento anulado por otro nuevo o puede no existir tal reemplazo, en cuyo caso, la póliza quedará al tenor anterior (si lo que se anula es la propia póliza).
- **Anulación del recibo.** Es aquella que deja sin efecto el recibo incorrectamente emitido a favor de un asegurado, bien por inexistencia de contrato (estaba sin vigor la póliza correspondiente), por duplicidad con otro recibo o por inexacto su contenido. En este último caso procede la emisión de un nuevo recibo correcto.
- **Anulación por reemplazo o nueva emisión.** Aquella que se produce respecto a una póliza (o suplemento) por emisión de otra que la sustituye o reemplaza para todos los efectos y durante el mismo período.

3.6. *Otros aspectos que afectan al contrato*

- Interpretación de las pólizas

La interpretación de un contrato es la explicación que tiende a fijar el sentido de lo querido y manifestado por las **partes**.

Así, y referida al contrato de seguro, puede ser definida como acción por la que se aclara el contenido de las pólizas en base al principio en virtud del cual éstas deben ser entendidas de acuerdo con el sentido normal de sus textos, así como que las ambigüedades han de considerarse a favor del asegurado.

- Novación del contrato de seguro

Ésta se produce cuando se modifican algunos de los elementos esenciales del contrato. Tal modificación puede consistir en un aumento o reducción de los objetos asegurados, en la inclusión de nuevos riesgos, en la modificación de los capitales asegurados, etc.

Para su validez, estas modificaciones deben recogerse en un documento anexo a la póliza.

- Transformación de póliza

En general, se conoce con este nombre el cambio que, durante la vigencia de un seguro, solicita el asegurado para modificar la modalidad contratada, sus prestaciones o su duración. Técnicamente, en el **Seguro de Vida**, consiste en aplicar la reserva matemática del contrato como prima única de la nueva modalidad que se desea.

- Cesión de derechos

Es una estipulación mediante la cual el asegurado cede a un tercero los derechos que le corresponderían en caso de siniestro que afectase al objeto asegurado.

La cesión se basa en que el objeto asegurado constituye la garantía real de un crédito concedido por un tercero a favor del tomador del seguro. Puede citarse, por ejemplo, el automóvil adquirido mediante crédito concedido por una financiera o la vivienda comprada a través de un préstamo bancario. En tanto el crédito no haya sido totalmente amortizado, el asegurado cede a la entidad financiera o bancaria el derecho a percibir las indemnizaciones por siniestros que afecten al vehículo o a la vivienda, por un máximo del importe de los pagos pendientes en ese momento.

- Prescripción de acciones

Es la pérdida del derecho a ejercitar las acciones que correspondan en cada caso, por haber transcurrido los plazos legales establecidos para ello.

La **prescripción**, según la ley española de contrato de seguro, opera por el transcurso del plazo de dos años en los seguros contra daños, y de cinco en los seguros de personas.

En el seguro marítimo, el plazo de prescripción de acciones es de tres años.

VI. ASPECTOS DE LA FORMALIZACIÓN DE PÓLIZAS COMO CONJUNTO DE OPERACIONES EN MASA

1. Emisión

1.1. *Concepto*

En el ámbito asegurador y desde una perspectiva contractual, recibe este nombre el acto de formalizar una **póliza** o contrato de seguro, que constituye la operación básica y fundamental en torno a la cual gira y se desarrolla la actividad aseguradora.

Éste es el punto de arranque de los diversos contenidos del concepto que nos ocupa, ya que toda emisión de póliza genera a su vez la de un primer y, generalmente, sucesivos recibos, que sumados a los de las demás pólizas y referidos al período que corresponda, constituyen la emisión total de dicho período.

Así, desde un punto de vista económico-contable, se entiende por emisión el volumen de negocio de una entidad aseguradora, constituido por el conjunto global de primas que genera la misma, al llevarse a cabo la puesta en circulación de los recibos correspondientes a las pólizas formalizadas.

Esta última dimensión de la emisión, como masa de operaciones, es la que tiene mayor importancia general, ya que proporciona una serie de magnitudes de gran trascendencia y utilidad para poder analizar el comportamiento y evolución del negocio asegurador, referidos a un plazo de tiempo determinado que generalmente coincide con el ejercicio económico.

1.2. *Clasificación del concepto*

Entre tales magnitudes hay que hacer referencia a los siguientes conceptos de emisión:

- **Emisión bruta de primas.** Corresponde a la totalidad de las primas comerciales o de tarifa emitidas.
- **Emisión de cartera.** Se refiere a la efectuada en un período a causa de la renovación de contratos emitidos en períodos anteriores.
- **Emisión fija.** Comprende, en cada período, las pólizas de nueva producción susceptibles de ser renovadas en anualidades siguientes, así como las de cartera que habiendo sido renovadas en dicho período, también lo serán en los futuros.
- **Emisión de nueva producción.** Es la relativa a los nuevos contratos emitidos en el período de que se trate.
- **Emisión de primas netas de anulaciones.** Se obtiene al deducir de la emisión bruta todas las anulaciones que se han producido en el período económico que corresponda, con independencia de que pertenezcan a emisiones de dicho período u otros anteriores.
- **Emisión de primas neta de sus anulaciones.** Se halla al deducir de la emisión bruta del período, las anulaciones que corresponden a la emisión de dicho período.
- **Emisión de recibos neta de extornos.** Surge al deducirse de la anterior los importes de prima devueltos a los asegurados.
- **Emisión de recibos total.** Comprende el importe global de los recibos emitidos, antes de aplicar deducción alguna por ningún concepto.
- **Emisión temporal.** Es la de nueva producción correspondiente a contratos que se consumen en el período en que se emiten y no constituyen «cartera» en el siguiente por no renovarse la póliza.

La clasificación antes citada tiene el carácter de fundamental y abierta, ya que la misma puede ser incrementada con otras magnitudes referentes a la emisión, que surgirán adaptadas a la finalidad que se pretenda con el análisis de las mismas (así cabría hablar de emisión por modalidades de seguro, por ramos, referida a períodos plurianuales, ajustada o no a los procesos inflacionarios, procedente de nuevos contratos o de incremento de tarifas, etc.).

Dentro de dicha clasificación, reviste en España especial importancia el concepto de emisión de «primas y recargos netos de anulaciones», ya que éste es el que legalmente puede considerarse como ingreso técnico en la Cuenta de Resultados, así como el de «primas y recargos netos de sus anulaciones» por ser el que habrá de servir de base en el cálculo de las Provisiones Técnicas para Riesgos en Curso, siendo conveniente aclarar que los recargos a que se ha hecho referencia son sólo aquellos que gozan de la naturaleza de ingreso técnico, de acuerdo con las Bases Técnicas de la Entidad, no pudiéndose incluir los que, aún gozando de igual denominación, o

bien tienen naturaleza fiscal o bien son realmente primas recaudadas para la cobertura de determinados riesgos por otros entes (por ejemplo, en España, los recargos a favor del Consorcio de Compensación de Seguros).

2. Producción

Este concepto se encuentra estrechamente relacionado con el anterior. Es sinónimo de **actividad comercial**, y se da este nombre también al volumen de pólizas o primas conseguidas por el personal dedicado a la función comercial (agentes, inspectores, etc.).

Tiene especial relevancia en este concepto el subconcepto de **nueva producción**, que puede ser definida como el conjunto de pólizas (o suplementos) contratados o formalizados en un ejercicio. Generalmente, se da este nombre a las operaciones nuevas de seguro, para distinguirlas de las que componen la **cartera** (es decir, las conseguidas en años anteriores). En este sentido, una póliza de nueva producción se convierte en póliza de cartera al vencer su primer año de vigencia y renovarse en el ejercicio siguiente.

Como diferentes clases de nueva producción, pueden destacarse las siguientes:

- **Producción fija.** La relativa a operaciones que, por haberse concertado en años prorrogables, se considera que, al producirse su vencimiento anual, van a renovar por otro año más su vigencia, y así sucesivamente.
- **Producción temporal.** La relativa a operaciones que, por haber concertado a plazo fijo, no renovarán su vigencia al producirse el vencimiento previsto.
- **Producción global.** La integrada por la producción **fija** y la producción **temporal**.
- **Producción intervenida.** La conseguida por la participación indirecta de un agente o empleado de producción y por su actuación directa personal.
- **Producción neta de anulaciones.** Aquella de cuyo importe se ha deducido el correspondiente a las pólizas que la integran que hayan sido anuladas.

3. Cartera de seguros

3.1. Concepto

En su acepción más usada, significa el conjunto de pólizas de seguros cuyos riesgos están cubiertos por una entidad aseguradora. En este sentido,

se habla de cartera como número de pólizas vigentes o como suma total de las primas correspondientes a tales operaciones.

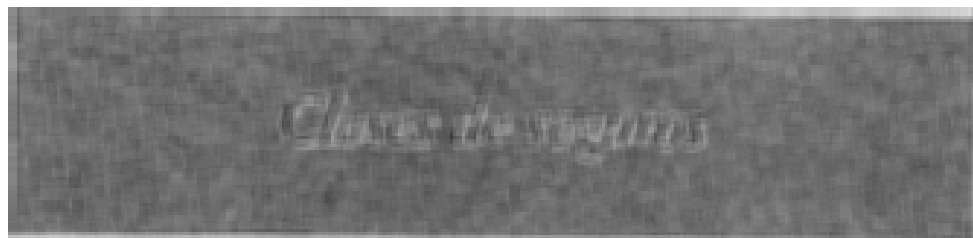
La misma acepción es la que se emplea, respecto a un agente, para significar las operaciones conseguidas a través de su gestión de producción.

En otro sentido, cartera es el conjunto de operaciones que permanecen vigentes al terminar un ejercicio, para distinguirlas de las que se formalicen a lo largo del ejercicio siguiente, que se consideran como de **nueva producción**.

3.2. Clases

Fundamentalmente puede distinguirse entre:

- **Cartera fija.** Se suele llamar así al conjunto de operaciones de seguro que, por estar concertadas por años prorrogables, continuarán en vigor durante el ejercicio siguiente, salvo que sean anuladas previamente.
- **Cartera temporal.** Se suele llamar así al conjunto de operaciones de seguro que, por estar concertadas por períodos no prorrogables (generalmente inferiores a un año), no continuarán en vigor en el ejercicio siguiente.
- **Cartera total (o global).** Conjunto integrado por la **cartera fija** y la **cartera temporal**.



I. INTRODUCCIÓN

Como ya se indicó en el Capítulo 1, las dos grandes áreas de manifestación del seguro son el **seguro privado**, del que trataremos más adelante, y la **seguridad social** (o **seguro estatal**) que es aquella en que interviene el Estado ejerciendo la función tutelar, regulando las bases y estructura del seguro y asumiendo el riesgo en todo o en parte.

La cobertura de la **Seguridad Social** garantiza sus prestaciones fundamentalmente en los siguientes casos:

- Desempleo.
- Accidentes de trabajo.
- Enfermedad.
- Jubilación.
- Viudedad y orfandad.
- Maternidad.

Aunque sea brevemente, merece la pena destacar las coberturas correspondientes al **seguro de accidentes de trabajo** el cual tiene por objeto la prestación de indemnizaciones derivadas de lesiones corporales sufridas por un trabajador con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena.

Este seguro, de obligatoria contratación para todas las empresas, es regulado por el Estado, que a través de la legislación correspondiente fija las condiciones y límites de las indemnizaciones que, en general, están referidas a los siguientes aspectos:

1. **Indemnización diaria** en caso de **incapacidad temporal** durante los días en que el lesionado permanezca de **baja**. La incapacidad tem-

poral, si excede de un determinado período de duración (12 meses, prorrogables por otros seis en determinadas circunstancias), pasa a considerarse como invalidez permanente.

2. **Pensión vitalicia** en caso de incapacidad parcial o total permanente para la profesión habitual del trabajador o en caso de incapacidad permanente y absoluta para todo tipo de trabajo.
3. **Indemnización por lesiones** definitivas o mutilaciones que pueda sufrir el trabajador y no sean constitutivas de incapacidad permanente.
4. **Pensión temporal o vitalicia, o subsidio temporal**, pagaderos a los familiares del trabajador, en los casos y condiciones que señale la legislación, **en caso de fallecimiento accidental** de aquél.
5. **Asistencia médica y farmacéutica** del trabajador lesionado, hasta que la lesión se considere como constitutiva de incapacidad permanente.

Las coberturas de este seguro se garantizan en España a través de:

- **Mutuas de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social**, que son entidades colaboradoras del Ministerio de Trabajo en la gestión de la Seguridad Social, cuya misión es la cobertura del riesgo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de los trabajadores de sus empresas asociadas.

Están constituidas por agrupaciones de empresarios y obreros, y se rigen por las disposiciones legales dictadas al efecto.

II. CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS SEGUROS

La clasificación más extendida, de acuerdo con la naturaleza de los riesgos, es la siguiente:

1. Seguros de personas

Se caracterizan porque el objeto asegurado es la persona humana, haciéndose depender de su existencia, salud o integridad el pago de la prestación.

En este tipo de seguros, el pago de la indemnización no guarda relación con el valor del daño producido por la ocurrencia del siniestro. Ello es lógico toda vez que la persona no es evaluable económicamente. De ahí que, en realidad, este tipo de seguros no constituya un contrato de indemniza-

ción propiamente dicho, diferenciándose así de los **seguros de daños**. Las principales modalidades de los seguros de personas son: **seguro de vida**, **seguro de accidentes** y **seguro de enfermedad**.

2. Seguros de daños (o patrimoniales)

Bajo esta denominación se recogen todos los seguros cuyo fin principal es reparar la pérdida sufrida, a causa de siniestro, en el patrimonio del tomador del seguro.

Son elementos esenciales de los seguros de daños: el interés asegurable, que implica la necesidad de que el tomador del seguro tenga algún interés directo y personal en que el siniestro no se produzca, bien a título de propietario, usuario, etc.; y el principio indemnizatorio, según el cual la indemnización no puede ser motivo de enriquecimiento para el asegurado y debe limitarse a resarcirle del daño concreto y real sufrido en su patrimonio.

Los seguros de daños pueden dividirse en dos grandes grupos: **seguros de cosas**, destinados a resarcir al asegurado de las pérdidas materiales directamente sufridas en un bien integrante de su patrimonio, y **seguros de responsabilidad**, que garantizan al asegurado contra la responsabilidad civil en que pueda incurrir ante terceros por actos de los que sea responsable, y proteger su patrimonio, abstractamente considerado, contra el nacimiento de posibles deudas futuras.

3. Seguros de prestación de servicios

El extraordinario desarrollo de esta categoría es propia del seguro moderno.

En ellos, con independencia de que procuren el resarcimiento económico de los gastos que, de no existir el seguro, tendría que afrontar el asegurado en determinadas circunstancias, adquiere una gran significación el hecho de que lo garantizado por el asegurador es la prestación de un servicio cuando se produzca la situación que lo haga necesario. La gran relevancia de este hecho ha justificado la creación de esta tercera categoría en la clasificación general de los seguros.

Los servicios prestados pueden ser de diversa índole: defensa jurídica; asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria; sepelio; repatriación de personas y vehículos, etc.

En esta categoría se encuentran los seguros de asistencia sanitaria; decesos; defensa y asistencia en viaje.

III. LOS RAMOS DEL SEGURO PRIVADO

1. Concepto de ramo

Se denomina *ramo* a un conjunto de riesgos de características o de naturaleza semejantes. En este sentido se habla de Ramo de Vida, Ramo de Accidentes, Ramo de Incendios, etc.

La clasificación de ramos es un instrumento fundamental para establecer la **homogeneidad cualitativa** de los riesgos, y efectuar su adecuada ordenación, separándolos en grupos homogéneos con caracteres comunes, que posibiliten un adecuado tratamiento y análisis estadístico, así como una correcta tarificación de los mismos.

Para alcanzar mayor precisión en tal objetivo, los ramos suelen subdividirse en **modalidades** que agrupan riesgos afines.

2. Clasificación legal de los ramos del seguro

A efectos de conceder la autorización administrativa para realizar operaciones de seguros, la clasificación legal de Ramos a tener en cuenta es la siguiente (D.A. 1.^a de la Ley 30/95 de 8 de noviembre sobre Ordenación y Supervisión del Seguro Privado):

2.1. *Ramos distintos al de Vida*

En el seguro directo distinto del seguro de vida la clasificación de los riesgos por ramos, así como la denominación de la autorización concedida simultáneamente para varios ramos y, finalmente, la conceptualización de riesgos accesorios se ajustará a lo siguiente:

Clasificación de los riesgos por ramos

a) Accidentes.

Las prestaciones en este ramo pueden ser:

- A tanto alzado.
- De indemnización.
- Mixta de ambos.
- De cobertura de ocupantes de vehículos.

b) Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria).

Las prestaciones en este ramo pueden ser:

- A tanto alzado.
- De reparación.
- Mixta de ambos.

c) Vehículos terrestres (no ferroviarios).

Incluye todo daño sufrido por vehículos terrestres, sean o no automóviles, salvo los ferroviarios.

d) Vehículos ferroviarios.

e) Vehículos aéreos.

f) Vehículos marítimos, lacustres y fluviales.

g) Mercancías transportadas (comprendidos los equipajes y demás bienes transportados).

h) Incendio y elementos naturales.

Incluye todo daño sufrido por los bienes (distinto de los comprendidos en los ramos 3, 4, 5, 6 y 7) causado por incendio, explosión, tormenta, elementos naturales distintos de la tempestad, energía nuclear y hundimiento de terreno.

i) Otros daños a los bienes.

Incluye todo daño sufrido por los bienes (distinto de los comprendidos en los ramos 3, 4, 5, 6 y 7) causado por el granizo o la helada, así como por robo u otros sucesos distintos de los incluidos en el número 8.

j) Responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles (comprendida la responsabilidad del transportista).

k) Responsabilidad civil en vehículos aéreos (comprendida la responsabilidad del transportista).

l) Responsabilidad civil en vehículos marítimos, lacustres y fluviales (comprendida la responsabilidad del transportista).

m) Responsabilidad civil en general.

Comprende toda responsabilidad distinta de las mencionadas en los números 10, 11 y 12.

n) Crédito.

Comprende:

- Insolvencia general.
- Venta a plazos.
- Crédito a la exportación.
- Crédito hipotecario y crédito agrícola.

- o) Caución (directa e indirecta).
- p) Pérdidas pecuniarias diversas.
Incluye:
 - Riesgos del empleo.
 - Insuficiencia de ingresos (en general).
 - Mal tiempo.
 - Pérdida de beneficios.
 - Subsidio por privación temporal del permiso de conducir.
 - Persistencia de gastos generales.
 - Gastos comerciales imprevistos.
 - Pérdida del valor venal.
 - Pérdidas de alquileres o rentas.
 - Pérdidas comerciales indirectas distintas de las anteriormente mencionadas.
 - Pérdidas pecuniarias no comerciales y otras pérdidas pecuniarias.
- q) Defensa jurídica.
- r) Asistencia.
Asistencia a las personas que se encuentren en dificultades durante desplazamientos o ausencias de su domicilio o de su lugar de residencia permanente. Comprenderá también la asistencia a las personas que se encuentren en dificultades en circunstancias distintas, determinadas reglamentariamente, siempre que no sean objeto de cobertura en otros ramos de seguro.
- s) Decesos.
Incluye operaciones de seguro que garanticen únicamente prestaciones en caso de muerte, cuando estas prestaciones se satisfagan en especie o cuando el importe de las mismas no exceda del valor medio de los gastos funerarios por un fallecimiento.

Los riesgos comprendidos en un ramo no podrán ser clasificados en otro ramo, sin perjuicio de lo dispuesto respecto de los riesgos accesorios en el punto 2.3.

2.2. *Denominación de la autorización concedida simultáneamente para varios ramos*

Quando la autorización se refiera simultáneamente:

- A. A los ramos 1 y 2, se dará con la denominación «Accidentes y enfermedad».

- B. A la cobertura de ocupantes de vehículos del ramo 1 y a los ramos 3, 7 y 10, se dará con la denominación «Seguro de automóvil».
- C. A la cobertura de ocupantes de vehículos del ramo 1 y a los ramos 4, 6, 7 y 12, se dará con la denominación «Seguro marítimo y de transporte».
- D. A la cobertura de ocupantes de vehículos del ramo 1 y a los ramos 5, 7 y 11, se dará con la denominación «Seguro de aviación».
- E. A los ramos 8 y 9, se dará con la denominación «Incendio y otros daños a los bienes».
- F. A los ramos 10, 11, 12 y 13, se dará con la denominación «Responsabilidad Civil».
- G. A los ramos 14 y 15, se dará con la denominación «Crédito y Caucción».
- H. A todos los ramos, se dará con la denominación «Seguros generales».

2.3. *Riesgos accesorios*

La entidad aseguradora que obtenga una autorización para un riesgo principal perteneciente a un ramo o a un grupo de ramos podrá asimismo cubrir los riesgos comprendidos en otro ramo sin necesidad de obtener autorización de los mismos, cuando éstos estén vinculados al riesgo principal, siempre que para la autorización en el ramo al que pertenezca el riesgo accesorio no se requieran mayores garantías financieras previas que para el principal, salvo, en cuanto a este último requisito, que el riesgo accesorio sea el de responsabilidad civil cuya cobertura no supere los límites que reglamentariamente se determinen.

No obstante, los riesgos comprendidos en los ramos 14, 15 y 17 no podrán ser considerados accesorios de otros ramos, salvo el ramo 17 (defensa jurídica) que, cuando se cumplan las condiciones exigidas en el párrafo anterior, podrá ser considerado como riesgo accesorio del ramo 18 si el riesgo principal sólo se refiere a la asistencia facilitada a las personas en dificultades con motivo de desplazamientos o de ausencias del domicilio o del lugar de residencia permanente, y como riesgo accesorio del ramo 6 cuando se refiera a litigios o riesgos que resulten de la utilización de embarcaciones marítimas o que estén relacionados con dicha utilización.

2.4. *Ramo de Vida*

El seguro directo sobre la vida se incluirá en un solo ramo, el ramo de vida, con el ámbito de todos los ramos del seguro directo sobre la vida

enumerados en las Directivas comunitarias reguladoras de la actividad del seguro directo sobre la vida.

A. Ámbito del ramo de Vida

El ramo de Vida comprenderá:

- a) Seguro sobre la vida, tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia, o ambos conjuntamente, incluido en el de supervivencia el seguro de renta; el seguro sobre la vida con contraseguro; el seguro de «nupcialidad»; y el seguro de «natalidad». Asimismo comprende cualquiera de estos seguros cuando estén vinculados con fondos de inversión.
- b) Operaciones de capitalización basadas en técnica actuarial que consistan en obtener compromisos determinados en cuanto a su duración y a su importe a cambio de desembolsos únicos o periódicos previamente fijados.
- c) Operaciones de gestión de fondos colectivos de jubilación, entendiéndose por tales aquellas que supongan para la entidad aseguradora administrar las inversiones y, particularmente, los activos representativos de las reservas de las entidades que otorgan prestaciones en caso de muerte, en caso de vida o en caso de cese o reducción de actividades. También estarán comprendidas tales operaciones cuando lleven una garantía de seguro, sea sobre la conservación del capital, sea sobre la percepción de un interés mínimo. Quedan expresamente excluidas las operaciones de gestión de fondos de pensiones, regidas por la Ley 8/1987, de 8 de junio, reguladora de los Planes y Fondos de Pensiones, que estarán reservadas a las entidades gestoras de fondos de pensiones.
- d) Operaciones tontinas, entendiéndose por tales aquellas que lleven consigo la constitución de asociaciones que reúnan partícipes para capitalizar en común sus aportaciones y para repartir el activo así constituido entre los supervivientes o entre sus herederos.

B. Riesgos complementarios

Las entidades autorizadas para operar en el ramo de vida podrán cubrir como riesgos complementarios los comprendidos en el ramo de accidentes y en el ramo de enfermedad, siempre que concurran los siguientes requisitos:

- a) Estén vinculados con el riesgo principal y sean complementarios del mismo.

- b) Se refieran al objeto cubierto contra el riesgo principal.
- c) Estén garantizados en un mismo contrato con éste.
- d) Cuando el ramo complementario sea el de enfermedad, y éste no comprenda prestaciones de asistencia sanitaria.

C. Clasificación de ramos

Son varias las clasificaciones de ramos que pueden efectuarse, si bien, con base en el esquema utilizado al comentar la «clasificación general» de los seguros, vamos a desarrollar la siguiente clasificación, distinguiendo entre:

- Ramos personales.
- Ramos patrimoniales (daños).
- Ramos de prestación de servicios.

IV. RAMOS PERSONALES

1. Ramo de Vida

1.1. *Concepto general*

El **seguro de Vida** es uno de los tipos del **seguro de personas** en el que el pago por el asegurador de la cantidad estipulada en el contrato se hace depender del fallecimiento o supervivencia del asegurado en un momento determinado.

Es conveniente en esta forma de seguro delimitar el concepto de **asegurado** de cuya vida depende el pago el capital, para contraponerlo al de **contratante** o **tomador**, que es quien suscribe el seguro y paga la prima (puede coincidir con el asegurado) y al de **beneficiario**, que es la persona que percibirá el capital pagado por el asegurador. El Seguro de Vida puede ser clasificado desde distintos puntos de vista, pero, en esencia, de acuerdo con la naturaleza del riesgo, hay dos modalidades principales:

- A. Seguro en caso de vida: el beneficiario percibirá el capital si el asegurado vive en una fecha determinada.
- B. Seguro en caso de muerte: el beneficiario recibirá el capital estipulado cuando se produzca el fallecimiento del asegurado.

La combinación de estas dos modalidades da lugar al llamado **seguro mixto**.

1.2. Seguro para caso de vida (o de supervivencia)

En éste se garantiza el pago de un capital o una renta al beneficiario, que normalmente es el propio asegurado, sólo si éste vive en una fecha o edad determinada.

Las modalidades básicas de este tipo de seguro (también denominado **seguro de ahorro**) son:

- **De capital diferido.** El asegurador se compromete a entregar el capital asegurado a la expiración del plazo convenido como duración del contrato si el asegurado vive en esa fecha. Puede ser sin reembolso de primas (si el asegurado fallece antes de finalizar el seguro, las primas satisfechas quedan en poder del asegurador), o con reembolso de primas (dichas primas son devueltas si el asegurado fallece antes de finalizar el seguro).
- **De renta vitalicia inmediata.** En esta modalidad el asegurador, a cambio de una prima única, garantiza el pago inmediato de una **renta** a una o varias personas hasta la muerte del asegurado, en cuyo caso cesa dicho pago.

La renta vitalicia puede ser *constante* (de la misma cuantía cada vencimiento) o *variable* (creciente o decreciente, con el paso del tiempo).

- **De renta diferida.** En este caso el asegurador se compromete, al finalizar el plazo de diferimiento estipulado, a pagar al asegurado, mientras viva, una **renta** constante y periódica.

Puede ser sin reembolso de primas (si el asegurado fallece antes de empezar a cobrar la renta, el asegurado retiene las primas satisfechas), o con reembolso de primas (en que el asegurador las devuelve a los beneficiarios).

- **De capitalización.** Es una modalidad de ahorro del **seguro de vida** por la que el contratante o asegurado se obliga al pago periódico de una prima y la entidad aseguradora se compromete a la satisfacción de un capital al vencimiento del contrato.
- La primera y la tercera de las anteriores modalidades dan lugar al **seguro de jubilación**, que consiste en el pago de un capital o renta, diferidos en su abono hasta que el asegurado alcance una edad de jubilación predeterminada. Si se tratase de un seguro de capital diferido, existe la opción de transformar éste en una renta vitalicia a partir del momento de la jubilación. Generalmente se contrata con prima anual creciente, acorde con las posibilidades económicas del asegurado.

En estrecha relación con el **seguro de jubilación** se encuentran los **planes de pensiones**.

Un plan de pensiones es una institución de previsión voluntaria por la que las personas que lo constituyen tienen derecho, en las condiciones y cuantías preestablecidas, a percibir rentas o capitales por jubilación, supervivencia, viudedad, orfandad o invalidez, a cambio de las contribuciones económicas que se aporten a tales efectos.

De acuerdo con la legislación española (Ley de 8.6.87 y Regl. de 30.9.88), los planes de pensiones pueden ser clasificados del siguiente modo:

- Por razón de las personas que lo constituyen:
 - Sistema de empleo: planes cuyo promotor es cualquier entidad, corporación, sociedad o empresa y cuyos partícipes son sus empleados.
 - Sistema asociado: planes cuyo promotor es cualquier asociación, sindicato, gremio o colectivo, siendo los partícipes sus asociados y miembros.
 - Sistema individual: planes cuyo promotor son una o varias entidades de carácter financiero y cuyos partícipes son cualesquiera personas físicas, a excepción de las que estén vinculadas a aquellas por relación laboral y sus parientes, hasta el tercer grado inclusive.
- Por razón de las obligaciones estipuladas:
 - Planes de prestación definida, en los que se define como objeto la cuantía de las prestaciones a percibir por los beneficiarios.
 - Planes de contribución definida, en los que el objeto definido es la cuantía de las contribuciones de los promotores y, en su caso, de los partícipes al plan.
 - Planes mixtos, cuyo objeto es, simultáneamente, la cuantía de la prestación y la cuantía de la contribución.

Los planes de los sistemas de empleo y asociados podrán ser de cualquiera de las tres modalidades anteriores, y los del sistema individual sólo de la modalidad de contribución definida.

1.3. Seguro para caso de muerte (o seguro de riesgo)

En esta clase de **seguro de vida** la suma asegurada, ya se trate de un capital o de una renta, se pagará por la entidad aseguradora al beneficiario, si se produce la muerte del asegurado.

Este tipo de seguro puede contratarse por una duración determinada, transcurrida la cual el seguro queda sin efecto, o por toda la vida. En función de ello y de si la prestación asegurada consiste en un capital o una renta, las principales modalidades de este tipo de seguro son:

- **De vida entera.** En esta modalidad se garantiza el pago de un capital inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, sea cual fuere la fecha en que ocurra dicho fallecimiento. Este contrato puede presentar las siguientes formas básicas:
 - A primas vitalicias. El pago de las primas se mantiene hasta el fallecimiento del asegurado.
 - A primas temporales. Las primas correspondientes se satisfacen durante un período de tiempo determinado.
 - Hasta los 85 años. Si el asegurado sobrevive a esta edad, se le satisface automáticamente el capital garantizado, cesando con ello la vigencia del seguro.
- **Sobre dos o varias cabezas.** Es un seguro de vida entera el cual se caracteriza porque existen, simultáneamente, dos o varias personas (cabezas) aseguradas que son a la vez beneficiarios recíprocos y en su virtud, cuando el fallecimiento de cualquiera de ellas se produzca dentro del límite estipulado en el contrato, el asegurador satisfará la indemnización prevista a los supervivientes.
- **Temporal (o término).** Se caracteriza porque el capital es pagadero inmediatamente después de la muerte del asegurado, si ésta ocurre antes de terminar el plazo convenido como duración del seguro. Si el asegurado vive al final de dicho plazo, queda cancelado el seguro y permanecen a favor del asegurador la prima o primas satisfechas.

Dentro del seguro temporal existen las principales variedades siguientes:

- **Temporal constante.** El capital asegurado y la prima no varían durante el plazo en que el seguro está en vigor.
- **Temporal regularmente decreciente.** El capital asegurado disminuye anualmente en la cuantía previamente estipulada; el pago de la prima puede efectuarse durante un período inferior a la duración del seguro, o ser regularmente decreciente.
- **Temporal regularmente creciente.** El capital asegurado aumenta progresivamente cada año en la cuantía previamente estipulada; estos aumentos pueden ser anualmente iguales o acumulativos en progresión geométrica. En ambos casos, las primas prevén satisfacerse según

un importe anual constante o creciente, en la misma o distinta proporción en que aumente el capital asegurado.

- **Temporal a prima natural.** El capital asegurado puede ser constante o tener variaciones pactadas —crecientes o decrecientes— durante la vigencia del seguro. En este caso, a diferencia de los anteriores, la prima varía cada año en función de la edad del asegurado.
- **Temporal con reembolso de primas.** Si el asegurado vive al final del contrato, percibe un capital igual a la suma de las primas satisfechas durante la vigencia que haya tenido el seguro.
- **Temporal renovable.** Su característica consiste en que la póliza se suscribe inicialmente por un año, pero en contratante podrá renovarla anualmente mediante el pago de la correspondiente prima. El asegurador está obligado a pagar a los beneficiarios el capital estipulado, siempre que el asegurado fallezca durante la vigencia del contrato.
- **De amortización de préstamos.** En esta modalidad, al producirse el fallecimiento del asegurado, la entidad aseguradora se hace cargo automáticamente de la liquidación de los créditos previstos en la póliza, no vencidos y debidos por el asegurado en el momento de su muerte.
- **De orfandad.** Tiene por objeto la concesión de una pensión temporal en favor de los hijos menores de 18 años en caso de fallecimiento del padre o la madre trabajadora con el que convivan y del cual dependan económicamente.
- **De capital de supervivencia.** En esta modalidad, también denominada «Seguro de Supervivencia», el capital es pagadero inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, si ocurre antes que el de otra persona designada al contratar el seguro, denominada beneficiario o sobreviviente. Si ésta fallece antes que el asegurado, queda rescindido el seguro y a favor del asegurador las primas satisfechas. La prima anual deja de pagarse al morir el asegurado o el sobreviviente.

1.4. Seguro mixto

Esta clase de **seguro de vida** está integrada por un seguro de ahorro y un seguro de riesgo, en virtud de la cual, si el asegurado fallece antes del plazo previsto, se entregará a sus beneficiarios la indemnización estipulada, y si sobrevive a dicho plazo se le entregará a él el capital establecido por el contrato.

Las formas más importantes en que suele manifestarse este tipo de seguro son las siguientes:

- **Mixto completo.** Seguro mixto típico, que además tiene la particularidad de que si el asegurado vive al vencimiento de la operación participará también en los beneficios de la póliza con un determinado porcentaje sobre el capital asegurado.
- **Mixto simple.** Garantiza el pago del capital establecido a los beneficiarios designados al producirse el fallecimiento del asegurado, en el caso de que el óbito tenga lugar antes del vencimiento del contrato; en caso contrario, será el propio asegurado quien perciba el capital garantizado.
- **Mixto doble.** Sus características son similares a las del seguro mixto simple, con la particularidad de que el contrato no se extingue con el pago del capital establecido al asegurado si vive al vencimiento de la póliza, puesto que, a partir de ese momento, y sin más pago de primas, se garantiza también el pago del capital a los beneficiarios inmediatamente después de producirse el fallecimiento del asegurado. Por lo tanto, en estas circunstancias el capital asegurado sería satisfecho dos veces.
- **Mixto revalorizable.** Sus garantías son, en esencia, idénticas a las establecidas para el seguro mixto simple. Su nota diferencia es que el capital asegurado aumenta cada año en un determinado porcentaje de revalorización, convenido previamente.
- **Mixto variable.** Su peculiaridad con respecto a los restantes seguros mixtos es que, en caso de supervivencia, el asegurado va percibiendo el capital asegurado, distribuido en determinados porcentajes y pagado en diferentes momentos.
- **A plazo fijo.** En esta modalidad se garantiza el pago de la suma asegurada al vencimiento de la póliza, sin que influya para ello el hecho de que viva o haya muerto el asegurado.
- **Dotal.** Se caracteriza porque se instituye al menor de edad beneficiario de la póliza, garantizándole la entrega de un capital en una determinada fecha, independientemente de que el asegurado (padre o tutor de aquél) fallezca o no antes del vencimiento del seguro. En caso de fallecimiento del beneficiario, las primas satisfechas son devueltas al contratante (reembolso de primas).
- **Seguro de vida universal.** Esta modalidad en realidad consiste en la combinación de una proceso de **capitalización** (sin aseguramiento) con un **seguro temporal renovable**. Formalmente, la operación se presenta como un plan sistemático de ahorro del que el asegurador descuenta unas cantidades en concepto de gastos así como las primas de un seguro de riesgo por el capital que desea asegurar para caso de muerte.

1.5. *Garantías complementarias*

Son coberturas adicionales al **seguro de vida** principal, por las que el asegurador ofrece al asegurado determinadas prestaciones como las siguientes:

- Exención del pago de prima en caso de invalidez.
- Anticipo del capital asegurado que hubiera debido pagarse en el momento del fallecimiento, si sobreviene invalidez del asegurado.
- Pago de una renta de invalidez, desde que se produzca ésta y hasta el término del seguro.
- Pago de un capital complementario —normalmente del mismo importe que el capital principal— si el asegurado fallece a consecuencia de un accidente.

1.6. *Otros conceptos propios del seguro de vida: valores garantizados*

Constituyen la expresión cualitativa de los derechos que el tomador del seguro tiene sobre la provisión matemática generada por un contrato.

Son los siguientes:

- **Rescate.** El asegurado, percibe de su asegurador el importe que le corresponde (valor de rescate) de la provisión matemática constituida sobre el riesgo que tenía garantizado.
- **Anticipo.** Es la cantidad que, con pago de los intereses que correspondan, puede percibir el asegurado a cuenta del capital que en su momento le corresponda, cumplidas las condiciones establecidas en la póliza, y siempre que ésta contenga derecho de **rescate**.
- **Reducción.** Esta significa que al dejar de pagar el contratante o asegurado las primas estipuladas, la póliza original se transforma en un seguro con prima única representada por las reservas matemáticas que, a favor del asegurado, se habían constituido en el contrato primitivo, y con un capital asegurado disminuido, a tenor de las primas pagadas hasta ese momento. Normalmente los capitales de reducción, al igual que los de rescate y anticipo, vienen recogidos en una tablas o baremos anexos a las condiciones generales de la póliza.

1.7. *Otras clasificaciones de los seguros de vida*

- En función de la prestación del asegurador:
 - **Seguro de capital:** la prestación asegurada es una suma que la entidad aseguradora abonará en caso de producirse el evento objeto de su cobertura.
 - **Seguro de renta:** el asegurador se compromete, al vencimiento del contrato, a la entrega al asegurado o a sus beneficiarios de una **renta** periódica, vitalicia o temporal, según se hubiese estipulado previamente.
- En función de la forma de pago de las primas:
 - **Seguro de prima única:** la prima se pago íntegramente de una vez y por adelantado.
 - **Seguro de prima temporal:** el pago de la prima se efectúa de forma anual o fraccionadamente.

2. Ramo de Accidentes Individuales (o Accidentes Personales)

Tiene por objeto la prestación de indemnizaciones en caso de accidentes que motiven la muerte o incapacidad del asegurado, a consecuencia de actividades previstas en la póliza.

En el contrato pueden establecerse los siguientes **tipos de cobertura:**

- Un **capital** en caso de **fallecimiento** accidental del asegurado, que percibirían los herederos legales o los beneficiarios designados en la póliza.
- Un **capital** en caso de **incapacidad** permanente y total, causada por accidente. Cuando se trate de incapacidad permanente parcial, el asegurador sólo pagará un porcentaje del capital asegurado para esta garantía, de acuerdo con la mayor o menor gravedad de la lesión y a tenor de una tabla o baremo que se especifica en las condiciones generales de la póliza.
- Una **pensión diaria** en caso de **incapacidad temporal** durante los días que el asegurado permanezca de baja a causa del accidente.
- Los gastos de **asistencia sanitaria** que precise el asegurado accidentado para su total curación, con los límites y condiciones que se estipulen en la póliza.

En este ramo tienen especial relevancia los conceptos de «Incapacidad» y «Grado de Invalidez».

La **incapacidad** es la imposibilidad de una persona para el desarrollo de sus funciones normales.

Pueden distinguirse diversos tipos, que dan lugar a distintas indemnizaciones. Por su duración, la incapacidad puede ser temporal o permanente; por su importancia y extensión, parcial, total (para el trabajo habitual) y absoluta (para todo tipo de trabajo).

El **grado de invalidez** se refiere a la calidad de la incapacidad permanente producida al asegurado por un accidente incluido en las garantías de la póliza. El distinto grado de incapacidad permanente da lugar a un diverso porcentaje de indemnización, que viene fijado en las condiciones generales del contrato y que se aplica sobre el capital asegurado en el mismo.

Por último, conviene señalar que de las modalidades de este ramo, quizás la más extendida es el denominado **seguro de ocupantes de automóviles**, que se contrata generalmente como complementario del **seguro de automóviles**, en virtud de la cual la entidad aseguradora se obliga al pago de determinadas indemnizaciones en caso de fallecimiento o incapacidad de las personas que viajen en un automóvil, previsto en la póliza, a consecuencia de un accidente de circulación; garantiza igualmente, y bajo ciertos límites la asistencia sanitaria que fuere precisa.

Asimismo merece ser destacada la modalidad del **seguro obligatorio de viajeros**, creado en 1928, que garantiza a éstos las indemnizaciones pecuniarias correspondientes y la asistencia sanitaria que sea necesaria, cuando sufran daños corporales por accidente ocurrido en vehículo de transporte público colectivo de personas.

Su protección alcanza a los usuarios de medios de transporte terrestre (urbanos o interurbanos), así como a los medios marítimos. Tanto en unos como en otros, quedan protegidos asimismo los viajes que tengan su comienzo en territorio español, sin limitación de destino.

El obligado a concertar el seguro es el transportista (tomador), el cual deberá pagar la prima correspondiente, repercutiendo su importe al viajero (asegurado) en el precio del transporte.

Este seguro se encuentra regulado, básicamente, por el Reglamento del S.O.V. de 22 de diciembre de 1989, dictado en cumplimiento de la Disposición Final Segunda de la Ley de 23/12/87 sobre Presupuestos Generales del Estado para 1988. Dicha ley estableció importantes modificaciones en el régimen de este seguro, destacando entre ellas la de liberalizar su contratación suprimiendo, a partir de la entrada en vigor de dicho reglamento, el monopolio contractual que legalmente ejercía el Consorcio de Compensación de Seguros, y permitiendo la concertación del seguro a compañías del sector autorizadas para operar en el ramo de Accidentes Individuales.

Dicho organismo, a partir de ahora, sólo cubrirá directamente el riesgo, a cambio de una prima, en los siguientes supuestos:

- Cuando el transportista no tenga suscrita la póliza.
- Si el transportista realiza viajes públicos colectivos de personas sin estar legalmente autorizado para ello.
- Cuando la entidad aseguradora sea declarada en quiebra, suspensión de pagos, y cuando, hallándose en situación de insolvencia, la liquidación sea intervenida por la administración o sea asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.
- En el caso de riesgos que no hayan sido aceptados por las Entidades Aseguradoras.

3. Ramo de Enfermedad (subsidios)

En este tipo de seguro, en caso de enfermedad del asegurado, se le entrega la indemnización prevista en la póliza.

A veces suele garantizar, total o parcialmente, el pago de los gastos médico-farmacéuticos necesarios para la curación del enfermo. En estos casos se convierte en un seguro de naturaleza doble (de personas y de prestación de servicios) aplicándose a dicha garantía el principio indemnizatorio de los seguros de daños.

No obstante conviene señalar que en la legislación española, a consecuencia de su adaptación a la normativa comunitaria, el ramo de enfermedad comprende también la asistencia sanitaria, a la que nos referiremos al comentar los seguros de prestación de servicios. De acuerdo con ello el ramo de enfermedad contiene tanto las prestaciones «a tanto alzado», tradicionales en este ramo como las de «reparación», y en su caso «mixtas» de ambos tipos.

El seguro de Enfermedad puede incorporar la prestación de **hospitalización y cirugía**, con la cual se cubre la intervención quirúrgica del asegurado, así como su hospitalización, garantizándole una indemnización que suele ser diaria en el caso de hospitalización.

V. RAMOS PATRIMONIALES (DE DAÑOS)

Los ramos patrimoniales representan la clasificación más numerosa.

Aunque tal clasificación puede abordarse desde diferentes puntos de vista, vamos a distinguir los ramos principales:

1. Ramo de Incendios

Es aquél que garantiza al asegurado la entrega de una indemnización en caso de incendio de los bienes determinados en la póliza o la reparación o reposición de las piezas averiadas.

Según la legislación española, se considera **incendio** la combustión y el abrasamiento con llama, capaz de propagarse, de un objeto u objetos que no estaban destinados a ser quemados en el lugar y momento en que se produce.

En general, la finalidad principal de este seguro es el resarcimiento de los daños sufridos en los objetos asegurados a causa de un fuego, incluyéndose asimismo los gastos que ocasione el salvamento de esos bienes o los daños que se produzcan en los mismos al intentar salvarlos.

También puede garantizarse, en la misma póliza de incendios, una serie de coberturas o seguros complementarios, tales como:

- La responsabilidad civil en que, a consecuencia del incendio, haya podido incurrir frente a terceros el propietario de los bienes dañados, o pudiera haber incurrido el asegurado, como arrendatario del local incendiado, frente al propietario del mismo.
- La pérdida de alquileres que pudiera sufrir el propietario del edificio incendiado.
- La pérdida de beneficios producida a causa de la paralización del trabajo en la empresa o explotación incendiada.
- Los gastos de desescombros del edificio incendiado, así como los causados por la intervención de bomberos para la extinción del fuego.
- Los daños producidos por la caída del rayo o por explosión, aunque de estos hechos no se derive incendio.

La **tarificación** del riesgo de incendios es compleja, ya que es preciso tener en cuenta todas las circunstancias que en uno u otro grado pueden influir en la producción del siniestro. Véanse a este respecto los conceptos de **Riesgos Contiguos, Riesgos Distintos, Riesgos Próximos, Riesgos Industriales y Riesgos Sencillos**, en el módulo n.º 1 de este Curso.

2. Ramo de Responsabilidad Civil

En él, el asegurador se compromete a indemnizar al asegurado del daño que pueda experimentar su patrimonio a consecuencia de la reclamación que le efectúe un tercero, por la responsabilidad en que haya podido incurrir, tanto el propio asegurado como aquellas personas de quienes él deba responder civilmente.

En resumen, mediante este seguro se garantiza:

- El pago de las cantidades de las que el asegurado resulte civilmente responsable.
- La constitución de las fianzas judiciales que puedan ser exigidas al asegurado.
- Los gastos judiciales causados por la defensa de la responsabilidad civil del asegurado.

Dentro de este ramo podemos distinguir dos grandes grupos:

- Responsabilidad civil derivada del uso de vehículos:
 - Terrestres automotores.
 - Aeronaves.
 - Buques y embarcaciones.
- Responsabilidad civil general.

En esta última categoría merecen ser destacados:

- **El seguro obligatorio de responsabilidad civil del cazador** que debe suscribir todo cazador con armas, para garantizar la reparación de los daños que puedan causarse a otras personas con ocasión de la acción de cazar, incluido el tiempo de descanso, dentro de los límites del terreno de caza, y en tanto se esté practicando ésta. Tiene pues, por objeto, la prestación de indemnizaciones derivadas de las responsabilidades civiles en que pueda incurrir el asegurado a consecuencia del ejercicio de la caza. En España, es un seguro obligatorio regulado por el Estado, que fija a través de la legislación correspondiente, las condiciones y límites de las indemnizaciones por siniestros. Sin perjuicio de ello, los aseguradores pueden contratar otro seguro, de carácter voluntario, para cubrirse de aquellos casos en que la indemnización correspondiente exceda de la garantizada por el Seguro Obligatorio.
- El denominado **seguro de errores y omisiones** que es una modalidad de seguro de responsabilidad civil empresarial para personas que en el ejercicio de sus actividades pueden producir daño o perjuicios materiales a terceros.

3. Ramo de Automóviles

Es aquel que tiene por objeto la prestación de indemnizaciones derivadas de accidentes producidos a consecuencia de la circulación de vehículos a motor.

En general, la legislación de la mayoría de los países distingue al respecto entre el denominado seguro obligatorio (seguro de suscripción obligatoria) destinado normalmente a la cobertura, dentro de los límites legalmente establecidos, de los daños personales o materiales causados a terceras personas, y el seguro voluntario, que cubre el exceso de los límites del seguro obligatorio, así como otras garantías, a que hace referencia más adelante.

Se trata, realmente, de una cobertura combinada, en la que se incluyen riesgos de Daños, Responsabilidad Civil y Defensa Jurídica, con posibilidad de garantizar prestaciones complementarias de Accidentes Personales (Ocupantes) y Asistencia en Viaje.

En España, el seguro obligatorio de automóviles está destinado a cubrir la responsabilidad del propietario o conductor por las lesiones corporales o daños materiales que, con motivo de la los hechos de la circulación de su vehículo, pueda producir a terceros, con los siguientes límites desde 13.2.2001, de acuerdo con el vigente Reglamento sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor aprobado por Real Decreto 7/2001, de 12 de enero:

- a) Daños corporales, 58.235.100 pesetas (350.000 euros) por víctima.
- b) Daños materiales, 16.638.600 pesetas (100.000 euros) por siniestro, cualquiera que sea el número de vehículos o bienes afectados.
- c) Por gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria: en la cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada.
- d) Por gastos de entierro y funeral en caso de muerte: según los usos y costumbres del lugar donde se preste el servicio, en la cuantía que se justifique.

Se entiende por hechos de la circulación los derivados del riesgo creado por la conducción de los vehículos a motor, tanto por garajes y aparcamientos, como por vías o terrenos públicos y privados aptos para la circulación, tanto urbanos como interurbanos, así como por vías o terrenos que sin tener tal aptitud sean de uso común.

No se considerarán «hechos de circulación»:

- Los derivados de la celebración de pruebas deportivas con vehículos a motor en circuitos especialmente destinados al efecto o habilitadas para dichas pruebas.
- Los derivados de la realización de tareas industriales o agrícolas por vehículos a motor especialmente destinadas a ello.

- La utilización de un vehículo a motor como instrumento de la comisión de delitos dolosos contra las personas y los bienes.

Están excluidos de la cobertura del seguro obligatorio:

- Todos los daños y perjuicios causados por las lesiones o el fallecimiento del conductor del vehículo causante del siniestro.
- Los daños a las personas y en los bienes causados por vehículo robado, entendiéndose por robo, en este caso, las conductas tipificadas como robo y robo de uso por el Código Penal.

En España, asimismo, y en lo referente al seguro voluntario de automóviles, pueden estipularse las siguientes coberturas:

- Responsabilidad civil suplementaria para garantizar la responsabilidad en que pueda incurrir el propietario o conductor de un vehículo por los daños materiales causados a terceros e incluso por los daños corporales en cuanto la indemnización exceda de las sumas garantizadas por el seguro obligatorio.
- Daños, Incendio y/o Robo del propio vehículo.
- Defensa de la responsabilidad criminal en que pudiera haber incurrido el conductor de un vehículo, con motivo de un hecho de la circulación. Por esta garantía, el asegurador toma a su cargo todos los gastos judiciales y extrajudiciales que ocasione la defensa, con excepción de aquellos que se considera como penas personales (multas, por ejemplo).
- Reclamación, en nombre del asegurado, de los daños sufridos por el mismo o por su vehículo, a consecuencia de un accidente de circulación.

4. Ramo Agrario

Tiene por objeto la cobertura de los riesgos que puedan afectar a las explotaciones agrícolas, ganaderas o forestales.

Como modalidades principales de seguros agrícolas pueden citarse:

- **Seguro de ganado.** Garantiza al asegurado la entrega de una indemnización en caso de muerte, enfermedad, robo o extravío del ganado previsto en la póliza.
- **Seguro de incendio de cosechas.** En esta modalidad el asegurador indemniza por los daños y pérdidas materiales directas ocasionadas por el incendio de las cosechas descritas en la póliza.

Por este seguro se cubren también los daños que pudieran ocasionarse por la extinción del incendio, así como los gastos que se produjeran en el salvamento de las cosechas, o los daños sufridos por éstas al ser salvadas.

— **Seguro de pedrisco.** Este garantiza la cosecha asegurada contra el riesgo de la caída de granizo.

La indemnización no se basa en el valor de la cosecha en el momento de producirse el siniestro, sino el que habría alcanzado, de no producirse el evento, en el tiempo de su madurez.

Dentro del seguro agrícola destaca por su importancia el denominado **seguro agrario combinado**, que constituye un sistema de cobertura que existe en España para proteger frente a determinados riesgos, especialmente climatológicos, los cultivos agrícolas más significativos del país y ciertas especies de la cabaña nacional. Cada año la propia Administración establece un Plan en el que se establecen cultivos y animales protegidos, subvenciones a las primas, coberturas, etc. Las Entidades Aseguradoras intervienen agrupadas en un *pool* denominado **agroseguro**, que gestiona el cuadro de coaseguro formado por las entidades que asumen los riesgos de este seguro.

Una de la modalidades más importantes del seguro agrario combinado es el **seguro integral de cereales** que protege al agricultor cerealista de secano (trigo, cebada, avena, centeno y triticale) de prácticamente todos los riesgos que puedan afectar a sus cosechas. Cubre, a través de **agroseguro**, la reducción del rendimiento real de las explotaciones en relación con los rendimientos declarados por el asegurado, con un máximo establecido al efecto por el Ministerio de Agricultura.

5. Ramo de Pérdidas Pecuniarias Diversas

Cubre las pérdidas pecuniarias distintas a las producidas por operaciones de Crédito o de Caución.

Sus principales modalidades son:

5.1. *Seguro de lucro cesante*

Garantiza al asegurado la pérdida de rendimiento económico que hubiera podido alcanzarse en un acto o actividad, caso de no haberse producido el siniestro descrito en la póliza.

Su expresión más importante está en las pérdidas que, normalmente a consecuencia de un incendio, sobrevienen a una empresa por la paralización del trabajo. Este riesgo suele estar excluido en las pólizas de seguro de incendios, pero puede garantizarse mediante una sobreprima.

Se denomina también **seguro de interrupción de negocios, de pérdida de beneficios, o de paralización de industria.**

5.2. Seguro de pérdida de alquileres

Es normalmente una modalidad complementaria del **seguro de incendios**, mediante la cual se garantiza al propietario de un edificio contra la pérdida de los alquileres que deje de percibir a consecuencia de incendio del inmueble y durante el período de su reparación.

Igualmente puede contratar este seguro el usufructuario de un local, contra los perjuicios que le produzca la imposibilidad de usarlo a consecuencia del siniestro.

5.3. Seguro de beneficios

Es la modalidad que suele incluirse en el **seguro de transportes**, por la que al cargador de las mercancías transportadas en un buque se le garantiza, en caso de accidente o naufragio de la embarcación, la entrega de una indemnización equivalente al beneficio comercial que obtendría al venderse o entregarse en destino tales mercancías.

5.4. Seguro contra la infidelidad

Es aquel que el asegurador responde de las pérdidas que pueda sufrir el asegurado por la apropiación de mercancías, efectos, documentos o metálico, realizada, con abuso de confianza, por los empleados y dependientes a su servicio.

5.5. Seguro de cancelación

Mediante este seguro se indemnizan los gastos en que hubiese incurrido el promotor de un evento (conciertos, encuentros deportivos, conferencias, etc.) que resultase cancelado o suspendido a causa de un hecho acci-

dental como los siguientes: incomparecencia por enfermedad o fallecimiento de artistas, lluvia en espectáculos al aire libre, huelgas, prohibición gubernativa por luto nacional o epidemias, etc.

5.6. Seguro de raptos y secuestros

Garantiza el pago de una cantidad en concepto de rescate, cuando el asegurado haya sido raptado o secuestrado.

En algunos países, como España, este tipo de seguro es ilegal.

6. Ramo de Robo

En éste el asegurador se compromete a indemnizar al asegurado por los daños sufridos a consecuencia de la desaparición, destrucción o deterioro de los objetos asegurados, a causa de robo o tentativa de robo.

Suele incluirse también el riesgo de expoliación, entendiéndose por tal la pérdida o deterioro de los objetos asegurados ocasionada por la apropiación ilegal de los mismo, efectuada mediante violencia o amenazas.

Característica esencial de este seguro es que el robo, la tentativa de robo o la expoliación, para que sean indemnizables, deben ser llevadas a cabo por personas ajenas al asegurado.

Merece ser destacada dentro de este ramo la modalidad de **seguro de dinero en tránsito**, por el cual se garantizan los riesgos de robo y expoliación durante el transporte de dinero en metálico efectuado por cobradores o transportadores de fondos. Este seguro se establece normalmente mediante un sistema de liquidación de capitales, calculando inicialmente una prima provisional, que es posteriormente ajustada después de la declaración de la cantidad exacta que haya sido transportada y cubierta durante el período de seguro vencido.

7. Ramos de Crédito y Caucción

- a) **Seguro de crédito.** Tiene por objeto garantizar a una persona el pago de los créditos que tenga a su favor cuando se produzca la insolvencia de sus respectivos deudores.

Según la Ley de Contrato de Seguro, es aquel por el que «el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a indemnizar al asegurado las pérdidas finales que

experimente a consecuencia de la insolvencia definitiva de sus deudores».

Se requiere, en consecuencia, que exista «insolvencia definitiva» del deudor, no siendo suficiente el mero incumplimiento del pago ni la ausencia transitoria de medios para hacer frente al mismo.

La ley establece que existe la insolvencia definitiva en los casos siguientes:

- Resolución judicial final que declare la quiebra del deudor.
- Aprobación judicial de un Convenio de Quita, que afecte al importe de la deuda.
- Acuerdo de asegurador y asegurado considerando incobrabable el crédito.
- Cuando, librado mandamiento de ejecución o apremio, no resulten bienes bastantes para hacer frente al pago de la deuda.

b) **Seguro de caución.** Según la ley española de Contrato de Seguro, es aquel por el que el asegurador se obliga, en caso de incumplimiento por el tomador del seguro de sus obligaciones legales o contractuales, a indemnizar al asegurado a título de resarcimiento o penalidad los daños patrimoniales sufridos dentro de los límites establecidos en la ley o en el contrato.

Todo pago hecho por el asegurador deberá serle reembolsado por el tomador del seguro.

Mediante este contrato el tomador garantiza al asegurado el cumplimiento de determinadas obligaciones contraídas con este último.

Dos aplicaciones muy frecuentes de este tipo de seguro lo son la garantía de las fianzas que deben constituirse a favor de los Organismos Públicos para licitar y ejecutar obras públicas, y el afianzamiento de las cantidades anticipadas por los particulares para la construcción de viviendas, mediante el cual la aseguradora devolverá tales cantidades si la obra no se inicia o la vivienda no se entrega en los plazos convenidos.

8. Ramo de Transportes

En este ramo la entidad aseguradora se compromete al pago de determinadas indemnizaciones a consecuencia de los daños sobrevenidos durante el transporte de mercancías.

Estos daños pueden afectar al medio de transporte (marítimo, aéreo o ferroviario) (**seguro de casco**) o a las propias mercancías transportadas (**seguro de mercancías**), cualquiera que sea el medio de transporte.

En el seguro de transportes tiene una gran relevancia el seguro marítimo y el seguro de aviación.

8.1. Seguro marítimo

Garantiza en general los riesgos de navegación que puedan afectar tanto al buque transportador como a la carga transportada.

Entre los riesgos de navegación pueden incluirse: la pérdida total del buque, la contribución a la **avería común** o el abandono debido a naufragio, abordaje, varada, incendio, temporal, echazón, arribadas forzosas, cambios forzados de derrota, explosiones de calderas, averías o roturas de máquinas, etc.

Sea cual sea el objeto asegurado, puede distinguirse entre:

- **Seguro del buque**, también denominado seguro de casco, mediante el que se garantiza, además de los riesgos señalados, la responsabilidad frente a tercero, derivada del abordaje, cuando el buque asegurado sea declarado culpable de daños ocasionados a otro buque.
- **Seguro de la carga**, o de las mercancías transportadas, también llamado seguro de facultades.
- **Seguro de flete**, es el que garantiza las pérdidas o daños que pueda sufrir el **flete** o precio, que el fletador paga al naviero o armadores para que determinadas mercancías sean transportadas por un buque.

La suma asegurada no podrá exceder de la que figure en el contrato de fletamiento: el armador puede asegurar también los anticipos que reciba sobre el flete en tanto estos anticipos sean reintegrables, puesto que, si se pierde el buque, tendrá que devolverlos. Por el contrario, si no son reintegrables, serán el cargador o fletador quienes deben asegurarlos, ya que serán ellos quienes sufrirían el perjuicio de la pérdida del buque o de la mercancía.
- **Seguro de beneficio posible**, entendiéndose por tal las ganancias que el dueño de las mercancías espera obtener de las mismas en el puerto de destino.

8.2. Seguro de aviación

Tiene por objeto la prestación de indemnizaciones derivadas de accidentes sufridos por aeronaves. Normalmente se cubren por este tipo de cobertura los daños sufridos por las personas transportadas, la responsabi-

lidad civil derivada de daños causados a terceros con motivo del accidente, los daños sufridos en las mercancías transportadas y los originados en el propio avión (casco).

9. Ramo de Ingeniería

El **seguro de ingeniería**, también denominado seguro de ramos técnicos, es un grupo de modalidades de cobertura que amparan determinados riesgos derivados del funcionamiento, montaje o prueba de maquinaria o inherentes a la construcción de edificios y obras.

Sus principales modalidades son:

9.1. Seguro de construcción

Esta clase de seguro tiene su origen en Europa sobre el año 1950 a raíz de las grandes obras de reconstrucción llevadas a cabo después de la Segunda Guerra Mundial.

Tiene por objeto garantizar los daños que puedan sufrir los bienes integrantes de una obra ejecutada, los materiales y aprovisionamientos en el lugar de la construcción, así como la maquinaria y equipo auxiliar de construcción.

Los riesgos cubiertos por esta modalidad comprenden los daños producidos por los fenómenos de la naturaleza (lluvia, viento, terremoto, etc.), los derivados de fallos o errores en los trabajos de construcción y los riesgos convencionales (incendios, robos, explosiones, etc.).

Opcionalmente puede ser cubierta la responsabilidad civil por daños a terceros derivados de los trabajos de construcción.

9.2. Seguro de maquinaria

Su denominación más correcta es la de seguro de **avería o rotura de maquinaria**.

Tiene por objeto garantizar los daños que puedan sufrir las máquinas, equipos o plantas industriales descritas en el contrato por hechos de carácter accidental inherentes a su funcionamiento o por manejo (defectos de fabricación, materiales o diseño de cualquier elemento de las mismas, impacto o entrada de cuerpos extraños, sobrecalentamiento por fallo de los circuitos de refrigeración, impericia o negligencia en su manejo, etc.). Nor-

malmente se excluyen los riesgos de carácter convencional (incendio, robo, etc.), así como los derivados del propio desgaste o uso de los equipos.

9.3. Seguro de montaje

Tiene similares características al de **construcción**, pero aplicable a instalaciones o plantas industriales en su fase de instalación o montaje.

9.4. Seguro de ordenadores

Garantiza los daños que puedan sufrir los equipos de procesamiento de datos descritos en el contrato, e incluso sus instalaciones auxiliares, a consecuencia de cualquier hecho de carácter accidental, excepto los expresamente excluidos.

Generalmente se excluyen los daños derivados de desgaste, montaje o desmontaje, influencia de la temperatura y aquellos que deban ser soportados por el fabricante, de acuerdo con el contrato de mantenimiento que se exige haya sido concertado por el asegurado.

Las coberturas pueden igualmente extenderse a los gastos de reobtención de datos por la pérdida de la información a consecuencia de un daño material en los soportes magnéticos (cintas, discos, etc.), e incluso la pérdida de beneficios o el aumento del coste de explotación, en determinados casos.

Por extensión, este tipo de seguro puede ser aplicado a otra clase de equipos electrónicos (aparatos de medicina, telecomunicación, etc.).

Según los mercados, este seguro puede igualmente denominarse seguro de **corriente débil** o de **equipos electrónicos**.

9.5. Seguro de calderas

Esta modalidad, desarrollada fundamentalmente en el mercado inglés, nació a mitad del siglo XIX como fórmula de protección ante la frecuencia de graves accidentes derivados de la explosión de calderas de vapor. Constituyó la primera modalidad de los denominados seguros de **ingeniería o ramos técnicos**.

Cumple dos finalidades distintas, aunque complementarias: de una parte, garantizar los daños que puedan sufrir tanto las propias calderas o recipientes a presión a consecuencia de su explosión o avería como otros bienes

del asegurado que pudieran igualmente verse afectados, así como la responsabilidad civil ante terceros que pudiera derivarse de dichos accidentes; de otra parte, proporcionar las inspecciones periódicas de las instalaciones por medio de los ingenieros de la compañía aseguradora (esta supervisión es obligatoria en Gran Bretaña a raíz de la «Ley de Explosiones de Calderas»).

10. Otros ramos

10.1. Seguro de cinematografía

Tiene como finalidad el resarcimiento de daños derivados de la producción cinematográfica, tales como accidentes personales del director del film o principales actores; responsabilidad civil por daños derivados del rodaje; pérdida o deterioro de negativos de película; daños sufridos por los aparatos o accesorios cinematográficos y, en general, todos aquellos accidentes que afecten al buen fin de la película que está produciéndose.

10.2. Seguro de cristales

Garantiza el pago de una indemnización en caso de rotura accidental de las lunas o cristales descritos en la póliza.

VI. RAMOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1. Ramo de Asistencia Sanitaria

Este seguro garantiza, ante una posible enfermedad o accidente del asegurado, la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, e internamiento en clínicas o centros médicos, dentro de las especialidades y con los límites que figuren en la póliza.

2. Ramo de Enterramiento (o de Decesos)

En caso de fallecimiento del asegurado se prestan los servicios necesarios para el acto del sepelio.

3. Ramo de Defensa Jurídica

Las garantías de este ramo son normalmente complementarias a la de Responsabilidad Civil derivada de accidente de automóviles. Tiene por finalidad consignar a favor del asegurado las fianzas penales que le sean exigidas por la autoridad judicial, y satisfacer los gastos procesales necesarios para la defensa del asegurado, dentro de los límites establecidos en la póliza.

4. Ramo de Asistencia en Viaje

Por esta modalidad de seguro, normalmente complementaria del **seguro de automóviles**, se prestan al asegurado una serie de servicios conducentes a resolver las incidencias de diversa naturaleza que le hayan surgido a él o a quienes le acompañen durante el viaje.

5. Seguro turístico

Fue establecido en España en 1964 y cubre principalmente las prestaciones y riesgos con ocasión de un viaje de vacaciones, tales como asistencia médica, pérdida o retraso de equipajes, huelgas de personal de servicio de hoteles o aeropuertos, perjuicios por la cancelación del viaje por causas de fuerza mayor, etc.

Sus prestaciones guardan cierta semejanza con las del seguro de asistencia en viaje.

VII. OTRAS CLASES DE SEGUROS

Con independencia de la clasificación de los seguros según la naturaleza de los riesgos, puede haber otros enfoques que proporcionen diferentes categorías dentro del seguro.

Así puede distinguirse:

1. Según el número de asegurados

1.1. *Seguro individual*

Existe un solo asegurado.

1.2. *Seguro colectivo (o de grupo)*

Es generalmente, utilizado en el seguro sobre personas (**seguro de vida o seguro de accidentes individuales**) y se caracteriza por cubrir una colec-

tividad homogénea, como pueden ser, por ejemplo, los empleados de una misma empresa.

2. Según la valoración que se dé al interés asegurado

2.1. Seguro a valor estimado

Se emplea, al igual que en los siguientes casos, en el **seguro de daños**. Consiste en asignar al interés asegurado un valor preestablecido de común acuerdo entre asegurador y asegurado, evitándose de esta forma, mediante el pago de la sobreprima correspondiente, la aplicación de la **regla proporcional**.

2.2. Seguro a valor de nuevo

En este tipo de seguro se amplían las garantías normales de la póliza, mediante el pago de la consiguiente sobreprima, a la diferencia existente entre el valor real de los bienes asegurados en el momento del siniestro y su valor en estado de nuevo.

2.3. Seguro a valor parcial

Se asegura sólo una cantidad como parte de un valor declarado superior. En caso de siniestro, las pérdidas se indemnizan por su valor, con máximo de la suma asegurada, siempre que el valor de los bienes cubiertos no exceda de dicho valor declarado. De no ser así, el asegurado debe participar en los daños habidos, en la proporción que le corresponda.

2.4. Seguro a valor total

En esta modalidad el capital asegurado en póliza coincide con el valor total del objeto garantizado.

3. Según el grado de libertad que exista en su contratación por parte del tomador

3.1. Seguro obligatorio

Es aquel cuya contratación viene impuesta a los particulares por el Estado, que normalmente regula, además, la cuantía y límites de las prestaciones y de las primas, e incluso, a veces, asume todo o parte del riesgo.

(Ejemplos: Tramo de suscripción obligatoria del Seguro de Automóviles; Seguro obligatorio de responsabilidad civil del cazador; seguro obligatorio de viajeros).

3.2. *Seguro voluntario*

La concertación del mismo es libremente decidida por el tomador, sin que exista norma que imponga la necesaria existencia de dicho seguro.

4. Según la importancia de los riesgos cubiertos por la póliza

4.1. *Seguro principal*

Es aquel que incluye la cobertura del riesgo de mayor relevancia en un contrato de seguro, riesgo que, a su vez, es típico y característico de dicho contrato (ejemplo: riesgo de vida en póliza de vida; riesgo de robo en la de robo y expoliación, etc.).

4.2. *Seguro complementario*

Éste se incorpora a otro con objeto de prestar a la persona asegurada en ambos una nueva garantía o ampliar la cobertura preexistente. Por ejemplo, el riesgo de paralización de industria puede garantizarse mediante un seguro complementario al de **incendio**.

5. Según que incluya la cobertura de un solo riesgo o de varios con distinta naturaleza

5.1. *Seguro simple*

En este tipo de seguro el contrato garantiza la cobertura de un riesgo de características concretas.

(Ejemplos: incendios; vida; responsabilidad civil, etc.).

5.2. *Seguro combinado*

Es aquel en que, en una sola póliza, se garantiza respecto a la misma persona determinados riesgos de diversa naturaleza, referentes al mismo

objeto. Se habla así de seguro combinado de incendio- robo, combinado de automóviles (daño, robo e incendio), etc.

Una modalidad de seguro combinado es el conocido como **seguro a todo riesgo**, expresión mediante la cual se quiere significar que en determinado contrato de seguro se han incluido todas las garantías normalmente aplicables a determinado riesgo.

Así, por ejemplo, en el **seguro de automóviles** se suele denominar «a todo riesgo» a la póliza que cubre la responsabilidad civil y la defensa criminal del conductor y los daños, incendio y robo de vehículo.

6. Según la calidad personal que se contrata

6.1. Seguro por cuenta propia

Se concierta por una persona en su propio nombre y a su favor.

6.2. Seguro por cuenta ajena

Éste se suscribe por una persona en nombre y a favor de otra.

La empresa de seguros

I. CONCEPTO DE EMPRESA

1. Concepto genérico

La «empresa», desde una perspectiva general, puede ser considerada como una unidad económica organizada para combinar un conjunto de factores de producción, con los que llevar a cabo la elaboración de bienes o servicios para su venta o distribución en el **mercado**.

Así, en sentido amplio, puede ser definida como un conjunto de actividades, de bienes patrimoniales y de relaciones de hecho y organizativas, necesarias para realizar la actividad económica que le es propia.

2. La empresa de seguros

Es aquella cuya actividad se encuentra orientada a la práctica del seguro.

El término «empresa de seguros» es sinónimo al de «entidad de seguros», ya que la actividad aseguradora, en la práctica totalidad de los países, sólo puede ser llevada a cabo por personas jurídicas, y mediante alguna de las formas de sociedad que reconocen como válidas las respectivas legislaciones, no siendo posible la práctica del seguro por las personas físicas, salvo contadas excepciones como la del Lloyd's inglés, del que se hablará más adelante.

Las *características* esenciales de las entidades de seguros son las siguientes:

- **Exclusividad de actuación.** La empresa aseguradora debe dedicarse con carácter exclusivo a la práctica de operaciones de seguro o de ac-

tividades con ella relacionadas o auxiliares, como el reaseguro y la inversión de su patrimonio.

- **Sometimiento a normas específicas de funcionamiento y de vigilancia oficial.** La actividad aseguradora posee un marcado carácter social y público y se ejerce, generalmente, mediante el sistema de adhesión con que se contratan las pólizas, sin que normalmente el tomador o asegurado puedan influir de manera decisiva en las condiciones de los contratos, y la adhesión existe desde el momento en que, generalmente, es la entidad aseguradora la que establece las condiciones técnicas (tarifas), económicas (primas) y documentales (pólizas) que regirán las relaciones contractuales entre ella y el asegurado

Tales circunstancias exigen, y así se viene aplicando en la mayoría de los países occidentales desde finales del siglo XIX y principios del XX, un régimen jurídico específico y una vigilancia especial de dicha actividad, ejercida por Organismos Oficiales especializados, de modo que, en general, toda la actividad de la empresa aseguradora esté sometida a medidas de fiscalización y control técnico, económico y financiero, y todo ello con el fin fundamental de que las entidades puedan estar, en todo momento, en condiciones de solvencia suficientes para hacer frente a sus compromisos, en garantía de los derechos de los tomadores y asegurados.

En España el régimen jurídico especial de las entidades aseguradoras viene establecido, principalmente, en cuanto al régimen contractual por lo establecido en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de *Contrato de Seguro*, y en lo que afecta al régimen de ordenación y supervisión de las entidades por lo dispuesto en la Ley 30/1995 de 8 de noviembre, de *Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados* (cuarta Ley que ha regulado la materia desde la primera de 14 de mayo de 1908 que fue seguida por la de 16-12-1954 y la de 2-8-1984) y su Reglamento de desarrollo publicado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre. También hay que tener en cuenta al respecto el Real Decreto 2014/1997, de 26 de diciembre, que aprueba el *Plan de Contabilidad de las Entidades Aseguradoras*, que sustituye al primer plan contable sectorial aprobado por Orden Ministerial de 30 de julio de 1981.

Por su parte las operaciones de mediación realizadas por Corredores y Agentes de Seguros se encuentran reguladas por la Ley 9/1992, de 30 de abril, de *Mediación en Seguros Privados*.

Así mismo deben ser consideradas la Ley 8/1987, de 8 de junio, de regulación de los *Planes y Fondos de Pensiones* y su Reglamento aprobado por Real Decreto 1307/1988, de 30 de septiembre; el régimen de la *Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras* regulado por Real

Decreto 2020/1986, de 22 de agosto (organismo que fue creado por el Real Decreto-Ley 10/194 de 11 de julio, y ha sido incorporado a la Ley de Ordenación de 1995), y la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, cuyo artículo. 4.º aprobó el nuevo Estatuto del *Consortio de compensación de Seguros*.

- **Operaciones en masa.** No solamente por tendencia normal en las empresas, sino por propia exigencia técnica, las entidades de seguros tratan de conseguir el mayor número posible de asegurados, esto es, que cuantas más operaciones logren, tanto más amplia será la diversidad de riesgos alcanzada y mejor el servicio de compensación de riesgos a sus asociados.
- **Exigencia de capital inicial.** Casi todas las legislaciones exigen a las empresas de seguros que tengan un capital mínimo que garantice el cumplimiento de los compromisos económicos por ellas asumidos.
- **Garantía financiera.** Además del capital mínimo, se requieren otras garantías financieras, como depósitos iniciales de inscripción en valores que ofrezcan una especial seguridad, inversión de reservas técnicas en bienes de determinadas características, constitución de márgenes de solvencia y la regulación, en general, de sus inversiones.

En España, la legislación vigente (Ley de 8.11.95) reconoce las siguientes formas jurídicas de ejercer el seguro: **sociedad anónima**, **sociedad mutua** —a prima fija o a prima variable—, **sociedad cooperativa** —a prima fija o prima variable— y **mutualidad de previsión social**.

II. CLASES DE EMPRESAS DE SEGUROS

1. Formas sociales que pueden practicar el seguro privado en España

Según acaba de indicarse, en España las formas sociales legalmente reconocidas para ejercer el seguro son:

1.1. *Sociedades anónimas*

La Sociedad Anónima de Seguros es aquella entidad mercantil que se dedica a la práctica del seguro privado. Su característica fundamental, por la que se diferencia notablemente de la mutualidad, radica en que ha de procurar retribuir, en forma de dividendos, el capital social aportado por sus accionistas, y dividido en partes alícuotas, denominadas acciones.

En este sentido, mientras en la compañía anónima existen dos sectores de personas netamente diferenciados (socios o accionistas y asegurados o clientes), en la mutualidad ambos grupos coinciden, al ser inseparable la condición de socio de la de tomador del seguro o asegurado.

Por ello, en cierto sentido, el objetivo básico de una mutualidad es eminentemente social (mejor servicio al coste más reducido posible), en tanto que en una compañía anónima el objetivo básico es fundamentalmente económico (máxima retribución posible del capital o accionistas). En la práctica, estas diferencias se diluyen, pues las compañías necesitan preocuparse del público y las mutualidades han de procurar ampliar sus reservas y obtener así un beneficio en sus operaciones.

Por ello, más que las ventajas jurídico-legales o socio-económicas de una u otra clase de entidades, es el mayor grado de eficacia o responsabilidad lo que ha de tenerse en cuenta al querer establecer comparaciones entre uno y otro sistema, y en este sentido en cualquiera de los dos sectores puede haber empresas más o menos eficientes y con mejor o peor organización.

1.2. *Sociedades mutuas (mutualidades)*

Una mutualidad es la entidad aseguradora constituida por la asociación de personas que se reparten entre sí los riesgos que individualmente les corresponden, fijando las cantidades con que cada una de ellas habrá de contribuir al resarcimiento de los daños o pérdidas colectivas.

En cualquier forma de mutualidad la piedra angular de ésta son los mutualistas. Puede definirse como tal a la persona asociada a una mutualidad. Normalmente, cualquier persona natural o jurídica puede solicitar su ingreso en una mutualidad presentando **solicitud** de seguro de los riesgos en que quiera asegurarse. La aceptación de la solicitud, emisión de la correspondiente póliza y pago de la prima inicial, salvo en aquellos casos en que se admita el pago diferido, confieren la cualidad de mutualista, que se mantiene mientras se satisfagan las primas sucesivas en la forma procedente.

Hay, no obstante, casos en que, para ser mutualista, es preciso satisfacer una cuota, inicial o periódica, independiente de la prima de riesgo.

El objeto fundamental de una mutualidad es la consecución de una cobertura colectiva y mancomunada frente a los riesgos individuales de sus asociados, al mínimo coste posible, puesto que el precio de la garantía sólo estará representado, en líneas generales, por el importe de las indemnizaciones satisfechas, más los gastos de administración.

Dentro de este régimen asociativo, cabe distinguir, a efectos prácticos, entre **mutuas puras** (a prima variable) y **sociedades mutuas** (a prima fija).

Las primeras, al final de cada ejercicio realizan una distribución del coste de los siniestros entre todos los asociados, en la proporción previamente determinada. Normalmente, cobran de cada uno de ellos una cantidad inicial de entrada, para tener fondos con que ir haciendo frente a los siniestros durante el ejercicio y reducir el trabajo administrativo de repartir el coste siniestro por siniestro.

En general, estas mutuas tienen un ámbito operativo limitado a grupos de personas ligadas por algún vínculo orgánico y en tipos de riesgos específicos. Se han desarrollado especialmente en el seguro de incendios, principalmente de edificios, en que los asegurados son normalmente solventes.

Por el contrario, las sociedades mutuas de prima fija tienen características de trabajo y técnicas semejantes a una aseguradora con forma de sociedad anónima, puesto que cobran una prima inicial y pueden efectuar al final del ejercicio un reparto de los excedentes entre sus asegurados, del mismo modo que las sociedades anónimas lo llevan a cabo entre sus accionistas en forma de dividendos.

Las sociedades mutuas generalmente trabajan en varios ramos y tienen carácter nacional, utilizando la mecánica del reaseguro, creando reservas patrimoniales y empleando agentes para la obtención de sus operaciones, etcétera.

De acuerdo con la legislación española (Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, de 8.11.95), las mutuas pueden ser a **prima fija** o a **prima variable**.

A. Mutuas a prima fija

a. Concepto

Son entidades aseguradoras privadas, sin ánimo de lucro, que tienen por objeto la cobertura a sus mutualistas, personas físicas o jurídicas, de los riesgos asegurados mediante una prima fija pagadera al comienzo del período del riesgo, no siendo la operación de seguro objeto de industria o lucro para estas entidades.

b. Normas aplicables

Son aplicables a estas sociedades las siguientes normas:

- a') La condición de mutualista será inseparable de la de tomador del seguro o de asegurado.
- b') Cada entidad deberá contar al menos con 50 mutualistas, y carecerán de ánimo de lucro.

- c') Los mutualistas que hayan realizado aportaciones para constituir el capital o fondo mutual podrán percibir intereses no superiores al interés legal del dinero, y únicamente podrán obtener el reintegro de las cantidades aportadas en el supuesto de la letra f' siguiente (baja del socio), o cuando lo acuerde la Junta General por ser sustituidas con excedentes de los ejercicios.
- d') Los mutualistas no responderán de las deudas sociales, salvo que los Estatutos establezcan tal responsabilidad, en cuyo caso ésta se limitará a un importe igual al de la prima que anualmente paguen, y deberá destacarse en las pólizas de seguro.
- e') Los resultados de cada ejercicio darán lugar a la correspondiente **derrama activa** que, en cuanto proceda de primas no consumidas, no tendrá la consideración de rendimiento del capital mobiliario para los mutualistas; o, en su caso, **pasiva**, que deberá ser individualizada y hecha efectiva en el ejercicio siguiente; o se traspasarán a las cuentas patrimoniales también de dicho ejercicio.
- f') Cuando un mutualista cause baja en la entidad, tendrá derecho al cobro de las derramas activas y obligación del pago de las pasivas acordadas y no satisfechas; también tendrá derecho a que, una vez aprobadas las cuentas del ejercicio en que se produzca la baja, le sean devueltas las cantidades que hubiere aportado al fondo mutual, salvo que hubieran sido consumidas en cumplimiento de la función específica del mismo y siempre con deducción de las cantidades que adeudase a la mutua. No procederá otra liquidación con cargo al patrimonio social a favor del mutualista que cause baja.
- g') En caso de disolución de la entidad, participarán en la distribución del patrimonio los mutualistas que la integren en el momento en que se acuerde la disolución y quienes lo hayan sido en el mismo ejercicio o en cualquiera de los dos precedentes, sin perjuicio del derecho que les asiste a los partícipes del fondo mutual.

Las mutuas a prima fija se constituirán mediante escritura pública que se inscribirá en el Registro Mercantil. Desde el momento de dicha inscripción tendrán personalidad jurídica, tras lo cual podrá presentarse la solicitud de autorización administrativa para operar en seguros.

c. Derechos de los mutualistas

En las mutuas a prima fija todos los mutualistas tendrán los mismos derechos políticos, económicos y de información.

Los **derechos políticos** de los mutualistas responderán al principio de igualdad. Todos tendrán las cualidades de elector y elegible para los cargos sociales, siempre que estén al corriente de sus obligaciones sociales, así como el derecho de asistir a las Juntas Generales, formular propuestas y tomar parte en las deliberaciones y votaciones de las mismas, todo ello en la forma que establezcan los estatutos.

Son **derechos económicos** de los mutualistas los siguientes:

- a') Percibir intereses por sus aportaciones al fondo mutual, si así lo disponen los estatutos.
- b') El reintegro de dichas aportaciones cuando lo acuerde la Junta General.
- c') La participación en las derramas activas que se acuerden como resultados de los ejercicios.
- d') Participar en la distribución del patrimonio en caso de disolución de la mutualidad.

d. Obligaciones de los mutualistas

Les corresponderán las que se establezcan en los estatutos de la mutualidad y, en todo caso, las siguientes:

- a') Cumplir los acuerdos validamente adoptados por los órganos de la mutualidad.
- b') Satisfacer el importe de las derramas pasivas y demás obligaciones económicas estatutariamente establecidas.
- c') Aceptar los cargos para los que fueren elegidos, salvo justa causa de excusa.
- d') Los socios que causen baja serán los responsables, en los términos establecidos en los estatutos, por las obligaciones contraídas por la mutualidad con anterioridad a la fecha en que se produzca la baja.

B) Mutuas a prima variable

a. Concepto

Son entidades aseguradoras privadas, sin ánimo de lucro, fundadas sobre el principio de ayuda recíproca, que tienen por objeto la cobertura por cuenta común a sus socios, personas físicas o jurídicas, de los riesgos asegurados, mediante el cobro de derramas con posterioridad a los siniestros, siendo la responsabilidad de los mismos mancomunada, proporcional

al importe de los respectivos capitales asegurados en la propia entidad y limitada a dicho importe.

b. Normas aplicables

Son aplicables a estas sociedades las siguientes normas:

- a') Las contenidas en los apartados a'), b'), c'), e'), f') y g') aplicables a las mutuas a **prima fija**.
- b') Exigirán la aportación de una cuota de entrada para adquirir la condición de mutualista y deberán constituir un fondo de maniobra que permita pagar siniestros y gastos sin esperar al cobro de las derramas.

La regulación de la cuota de entrada y del fondo de maniobra deberá contenerse en los estatutos sociales; la cuantía de aquélla se acordará en Junta o Asamblea General, sin que pueda exceder del tercio de la suma de las derramas acordadas en los tres últimos ejercicios, y el fondo de maniobra no será inferior al doble del importe medio de la siniestralidad del último trienio.

- c') Los administradores no percibirán remuneración alguna por su gestión y la producción de seguros será directa (sin mediación) sin que pueda ser retribuida. No quedan incluidos en aquella prohibición de los administradores, el director o gerente, el personal que preste servicio a la entidad, ni los administradores en cuanto al reembolso de los gastos originados por el desempeño del cargo.
- d') Estas mutuas se constituirán en escritura pública que se inscribirá en el Registro Mercantil. Desde el momento de dicha inscripción tendrán personalidad jurídica, tras lo cual podrá presentarse la solicitud de autorización administrativa para operar en seguros.

c. Régimen operativo

- a') Las mutualidades a prima variable solamente podrán operar en un ramo de seguros, que **no podrá ser** de los de vida, caución, crédito ni responsabilidad civil, debiendo desarrollar su actividad y localizar sus riesgos en un ámbito territorial de menos de dos millones de habitantes o en una provincia, salvo que se trate de subsidios para caso de enfermedad o auxilios por fallecimiento de personas unidas por un vínculo profesional. También pueden realizar los seguros de responsabilidad civil complementarios del seguro de incendios, dentro de los límites del valor del bien asegurado.

- b') Los riesgos que cubran estas entidades deberán estar situados permanentemente dentro del ámbito de actuación autorizado; no obstante, los riesgos referidos a seguros de personas, bienes muebles y ganado no perderán su condición de permanencia por los desplazamientos inherentes a su propia naturaleza y uso.
- c') Los riesgos que aseguren deberán ser homogéneos cualitativa y cuantitativamente y los capitales asegurados y gastos de administración no podrán sobrepasar los límites que les fije el Ministerio de Economía.
- d') La homogeneidad cualitativa de los riesgos deberán regularse en los estatutos sociales y, a fin de lograr la homogeneidad cuantitativa, los estatutos fijarán normas para determinar cifras máximas de retención y política de reaseguro.
- e') Las mutuas a prima variable podrán ceder operaciones de reaseguro, previa comunicación al Ministerio de Economía, y no podrán aceptarlas en ningún caso.

1.3. Sociedades cooperativas

La sociedad cooperativa de seguros es aquella que tiene por objeto la cobertura a sus socios de los riesgos por ellos asegurados.

Desde un punto de vista legal, en España y de acuerdo con las normas reguladoras del Seguro Privado (Ley de 8.11.95), las cooperativas pueden ser a **prima fija** o a **prima variable**, siéndoles aplicables, en general, las mismas normas legales que las establecidas para las mutuas a prima fija y a prima variable, respectivamente.

1.4. Mutualidades de previsión social

A. Concepto

Una mutualidad de previsión social, según la legislación española, es aquella entidad que ejerce una modalidad aseguradora de carácter voluntario complementaria al sistema de Seguridad Social obligatoria, mediante aportaciones a prima fija o variable de los mutualistas, personas físicas o jurídicas, o de otras entidades o personas protectoras.

En su denominación deberá figurar necesariamente la indicación «mutualidad de previsión social», que quedará reservada para estas entidades.

Cuando en una mutualidad de previsión social todos sus mutualistas sean empleados, sus socios protectores o promotores sean las empresas, instituciones o empresarios individuales en las cuales presten sus servicios y las prestaciones que se otorguen sean únicamente consecuencia de acuerdos de previsión entre éstas y aquéllos, se entenderá que la mutualidad actúa como instrumento de previsión social empresarial.

Estas entidades pueden ser también a prima fija o a prima variable.

B. **Ámbito de cobertura y prestaciones**

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

Las prestaciones económicas que se garanticen no podrán exceder de 3.000.000 de pesetas como renta anual ni de 13.000.000 como percepción única de capital, límites que se podrán actualizar anualmente, considerando la suficiencia de las garantías financieras para atender las prestaciones actualizadas.

- b) En la previsión de **riesgos sobre las cosas** sólo podrán garantizar los que se relacionan seguidamente y dentro del importe cuantitativo de dichos bienes:
- *Viviendas de protección oficial* y otras de interés social, siempre que estén habitadas por el propio mutualista y su familia.
 - *Maquinaria, bienes e instrumentos de trabajo* de mutualistas que sean pequeños empresarios. A estos efectos se entenderá por pequeños empresarios los trabajadores autónomos por cuenta propia y los profesionales y empresarios, incluidos los agrícolas, que no empleen más de cinco trabajadores.
 - *Cosechas* de fincas cultivadas directa y personalmente por el agricultor, siempre que no queden comprendidas en el Plan Anual de Seguros Agrarios Combinados, y los ganados integrados en la unidad de explotación familiar.
- c) Cada mutualidad podrá otorgar la totalidad o parte de las prestaciones mencionadas en los dos números anteriores.

C. Ampliación de prestaciones

Dichas mutualidades no estarán sujetas a los límites cualitativos y cuantitativos antes referidos y podrán otorgar prestaciones distintas de las relacionadas en la letra b) anterior siempre que obtengan la autorización administrativa previa a la ampliación de prestaciones.

Para ello, entre otros requisitos, deberán poseer el fondo mutual, margen de solvencia, fondo de garantía y provisiones técnicas en los mismos términos que la ley exige tales garantías a las mutuas a prima fija.

1.5. Actividad en España de entidades domiciliadas en países del Espacio Económico Europeo

A. Delimitación del Espacio Económico Europeo

El Espacio Económico Europeo (E.E.E.) es un ámbito territorial más amplio que el de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal y Suecia). Comprende a todos los Estados Miembros de esta última más Islandia, Liechtesteín y Noruega.

El Espacio Económico Europeo fue creado el 2/5/92 mediante Acuerdo firmado en Oporto entre las Comunidades Europeas, sus Estados Miembros y los países antes referidos, pertenecientes a la EFTA (European Free Trade Association). En dicho Acuerdo estaban incluidos en su día Austria, Finlandia y Suecia que ingresaron en la Unión Europea en 1995.

Respecto a las entidades de nacionalidad suiza, la Disposición Adicional 16.ª de la Ley de 8.11.95 establece un régimen especial para las mismas que les exonera del régimen general aplicado a las entidades de terceros países (ver letra F siguiente).

B. Actividad aseguradora de entidades domiciliadas en el Espacio Económico Europeo

- a. Las entidades aseguradoras domiciliadas en países miembros del Espacio Económico Europeo distintos de España que hayan obtenido la autorización para operar en el Estado miembro de origen podrán ejercer sus actividades en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios.

- b. Dichas entidades aseguradoras deberán respetar las disposiciones dictadas por razones de interés general y las de ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras, incluidas las de protección del asegurado, que, en su caso, resulten aplicables. Asimismo, deberán presentar, en los mismos términos que las entidades aseguradoras españolas, todos los documentos que les exija el Ministerio de Economía al objeto de comprobar si respetan en España las disposiciones españolas que les son aplicables. A estos efectos, dichas entidades aseguradoras estarán sujetas a la inspección por el Ministerio de Economía.
- c. Si la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones comprobase que una entidad aseguradora de las referidas no respeta las disposiciones españolas que le son aplicables, le requerirá para que acomode su actuación al ordenamiento jurídico. En defecto de la pertinente adecuación por parte de la entidad aseguradora, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones informará de ello a la autoridad supervisora del Estado miembro de origen, al objeto de que adopte las medidas pertinentes para que la entidad aseguradora ponga fin a esa situación irregular y las notifique a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Si, por falta de adopción de las medidas pertinentes o porque las adoptadas resultaren inadecuadas, persistiera la infracción del ordenamiento jurídico, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá adoptar, tras informar de ello a las autoridades supervisoras del Estado miembro de origen, las medidas previstas en la ley y, en particular, las Medidas de Control Especial previstas para la misma.

En caso de urgencia, las medidas a que se refiere el párrafo anterior podrán ser adoptadas por la Dirección General de Seguros sin necesidad del requerimiento e información exigidos por el párrafo primero.

- d. Se presentará en castellano la documentación contractual y demás información que el Ministerio de Economía tiene derecho a exigir a estas entidades aseguradoras o deba serle remitida por éstas, con arreglo a la letra b' precedente y a lo dispuesto en la Ley.
- e. Tales entidades aseguradoras podrán realizar publicidad de sus servicios en España en los mismos términos que las entidades aseguradoras españolas y sujetas a idéntica ordenación y supervisión.
- f. De estas entidades y de sus altos cargos se tomará razón en los registros administrativos a que se refiere la ley, separadamente para las que ejerzan su actividad en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios.

C. Medidas de intervención

- a. Cuando la autoridad supervisora de una entidad aseguradora domiciliada en un Estado miembro del Espacio Económico Europeo distinto de España, que opere en ella en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios, le revoque la autorización administrativa, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones prohibirá a dicha entidad aseguradora la contratación de nuevos seguros en ambos regímenes. En este caso, y con el objeto de salvaguardar los intereses de los asegurados, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá adoptar, en colaboración con la referida autoridad, las medidas de control especial reguladas en la Ley.
- b. Las entidades aseguradoras domiciliadas en otro Estado miembro del Espacio Económico Europeo que operen en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios están sujetas a la potestad sancionadora del Ministerio de Economía en los términos de la Ley, en lo que sea de aplicación y con las siguientes precisiones:
 - La sanción de revocación de la autorización se entenderá sustituida por la prohibición de que inicie nuevas operaciones en el territorio español.
 - La iniciación del procedimiento se comunicará a las autoridades supervisoras del Estado miembro de origen a fin de que, sin perjuicio de las sanciones que procedan con arreglo a Ley vigente, adopten las medidas que consideren apropiadas para que, en su caso, la entidad ponga fin a su actuación infractora o evite su reiteración en el futuro. Ultimado el procedimiento, el Ministerio de Economía notificará la decisión adoptada a las citadas autoridades.
 - Se consideran cargos de administración o dirección de las sucursales el apoderado general y las demás personas que dirijan dicha sucursal.
- c. Si sobre una entidad aseguradora domiciliada en otro Estado miembro se hubiere adoptado por la autoridad supervisora de dicho Estado miembro la medida de control especial de prohibición de disponer y solicitare de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones que adopte idéntica medida sobre los bienes de la entidad aseguradora situados en territorio español, con indicación de aquellos que deban ser objeto de la misma, la citada Dirección General adoptará tal medida.

D. Deber de información al asegurado

- a. Las entidades aseguradoras domiciliadas en otro Estado miembro del Espacio Económico Europeo que operen en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios estarán sujetas en los contratos que celebren en ambos regímenes al mismo deber de información al tomador del seguro que a las entidades aseguradoras españolas impone la Ley. La información será suministrada en lengua española oficial del domicilio o residencia habitual del tomador del seguro.
- b. Tratándose de contratos de seguro de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, excluida la responsabilidad del transportista, celebrados en régimen de libre prestación de servicios, en la información deberá constar también el nombre y la dirección de su representante habitual en España.

E. Recargos, tributos y afiliación obligatoria

- a. Los contratos de seguro celebrados en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios que cubran riesgos localizados o asuman compromisos en España, estarán sujetos a los recargos a favor del Consorcio de Compensación de Seguros para cubrir las necesidades del mismo en el ejercicio de sus funciones de compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, de fondo de garantía en el seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos automóviles, y destinado a efectuar subvenciones a la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras, así como a los demás recargos y tributos legalmente exigibles en las mismas condiciones que los contratos suscritos con entidades aseguradoras españolas.
- b. Particularmente, en el seguro de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, excluida la responsabilidad del transportista, las entidades aseguradoras que operen en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios deberán integrarse en la Oficina Española de Aseguradores de Automóviles y suscribir, en su caso, los convenios y acuerdos que sean obligatorios para las entidades aseguradoras españolas.

1.6. *Sucursales de sociedades domiciliadas en terceros países*

Son aquellas que, procedentes de un país extranjero no perteneciente al Espacio Económico Europeo, han sido autorizadas para operar en seguros en el propio país.

De acuerdo con la legislación española, el Ministro de Economía podrá conceder autorización y subsiguiente inscripción en el registro especial a entidades aseguradoras extranjeras para establecer delegaciones en España siempre que cumplan las siguientes **condiciones**:

- A. Que con antelación no inferior a cinco años se hallen debidamente autorizadas en su país para operar en los ramos en que se propongan hacerlo en España.
- B. Que creen una sucursal general cuyo objeto esté limitado a la actividad aseguradora, con domicilio permanente en España, donde se conserve la contabilidad y documentación propia de la actividad que desarrollen.
- C. Que presenten y se atengan a un programa de actividades ajustado a la ley. También presentarán la documentación que reglamentariamente se determine.
- D. Que aporten y mantengan en su sucursal en España un fondo de cuantía no inferior al capital social o fondo mutual mínimo exigidos para las entidades españolas que desarrollen las mismas actividades. Dicho fondo se denominará «Fondo permanente de la Casa Central». También deberán aportar y mantener en España un fondo de garantía no inferior al mínimo establecido (véase Módulo n.º 6: «Fondo de Garantía»).
- E. Que acompañen certificado de la autoridad de control de su país acreditativo de que cumple con la legislación del mismo, singularmente en materia de margen de solvencia.
- F. Que designen un apoderado general, con domicilio y residencia en España y con los más amplios poderes mercantiles para obligar a la entidad frente a terceros y representarla ante los tribunales y autoridades administrativas españolas; si el apoderado es una persona jurídica, deberá tener su domicilio social en España y designar a su vez, para representarla, una persona física que reúna las condiciones antes indicadas. Dicho apoderado deberá obtener previamente la aceptación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, quien podrá denegarla o, en su caso, revocarla en aplicación del principio de reciprocidad, por razón de honorabilidad o cualificación profesional, mediante acuerdo recurrible.

2. Otros tipos de organizaciones e instituciones, directa o indirectamente relacionadas con la práctica del seguro privado

2.1. Consorcio de Compensación de Seguros

- A. Por Ley de 19.12.90 fue aprobado su actual estatuto legal, que ha sido modificado por la ley de 8.11.95 (D.A. 9.^a).

El Consorcio es una entidad de Derecho público con personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Economía, siendo su presidente el Director General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Dicho organismo está dotado de un patrimonio propio distinto al del Estado y de plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines privados (la mayoría) y públicos.

- B. El Consorcio de Compensación de Seguros, como organismo inspirado en el principio de compensación, tiene por fin cubrir los riesgos en los seguros que se determinan en su Estatuto Legal, con la amplitud que se fija en el mismo o con la que pueda hacerse en disposiciones específicas con rango de ley.

Para el adecuado cumplimiento de los fines antedichos, el Consorcio podrá celebrar pactos de coaseguro así como ceder o retroceder en reaseguro parte de los riesgos asumidos a entidades aseguradoras españolas o extranjeras que están autorizadas para realizar operaciones de esta naturaleza. Asimismo, podrá aceptar en reaseguro en el seguro de riesgos nucleares y en el seguro agrario combinado en los términos previstos en su Estatuto Legal.

Fuera de los supuestos anteriores, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá asumir la cobertura concertando pactos de coaseguro o aceptando en reaseguro en aquellos supuestos en que concurren razones de interés público que lo aconsejen, atendiendo la situación y circunstancias del mercado asegurador.

Son funciones públicas del Consorcio de Compensación de Seguros las concernientes a la exigibilidad de los recargos a favor del mismo, las que le atribuye la legislación reguladora del seguro de crédito a la exportación por cuenta del Estado y las que le confiere su legislación específica.

- C. En el ámbito de los **Riesgos extraordinarios** y a consecuencia de la citada Ley de 1990, el Consorcio ya no ostenta la exclusiva de aseguramiento en este tipo de riesgos, que podrán ser también asegurados por las entidades privadas.

Este cambio se debe fundamentalmente a la necesidad de adecuar nuestro Ordenamiento Jurídico a las normas del Derecho de la

Unión Europea que, en general, impiden la existencia de monopolios y exclusivas por parte del Estado en actividades que, en principio, son propias de la iniciativa privada.

Con arreglo a la legislación vigente el Consorcio, en materia de riesgos extraordinarios, ejerce dos funciones:

- La de asegurar dichos riesgos, en caso de que en una póliza no exista cobertura de los mismos por parte de la entidad aseguradora.
- La de garantizar el pago de las indemnizaciones cuando la entidad aseguradora se encuentre en situación de insolvencia.

Las normas fundamentales que regulan este tipo de riesgos son las siguientes:

- a) El Consorcio de Compensación de Seguros en materia de riesgos extraordinarios tendrá por objeto indemnizar, en régimen de compensación, las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados.

A estos efectos serán pérdidas los daños directos en las personas y los bienes. *Se entenderá por acontecimientos extraordinarios:*

- a') Los siguientes fenómenos de la naturaleza: Terremotos y maremotos, las inundaciones extraordinarias, las erupciones volcánicas, la tempestad ciclónica atípica y las caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b') Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c') Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

A efectos exclusivamente de la cobertura del Consorcio *se entenderá por riesgos situados en España* los que afecten a:

- a') Los vehículos con matrícula española.
- b') Los bienes inmuebles situados en el territorio nacional.
- c') Los bienes muebles que se encuentren en un inmueble situado en España, estén o no cubiertos por la misma póliza de seguro, con excepción de aquellos que se encuentren en tránsito comercial.

- d') En los demás casos, cuando el tomador del seguro tenga su residencia habitual en España.
- b) No serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:
- a') Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
 - b') Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
 - c') Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.
 - d') Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
 - e') Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como «catástrofe o calamidad nacional».
 - f') Los derivados de la energía nuclear.
 - g') Los debidos a la mera acción del tiempo o los agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza señalados en el apartado a') anterior.
 - h') Los causados por actuaciones producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al apartado a') anterior.
 - i') Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.
- c) Para el cumplimiento por el Consorcio de sus funciones, en materia de compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, es *obligatorio* el *recargo* en su favor en los contratos de seguro que amparen a personas o bienes situados en España de los siguientes ramos: *Accidentes, Vehículos terrestres, Vehículos ferroviarios, Incendios y eventos de la Naturaleza y Otros daños en los bienes*, así como modalidades combinadas de los mismos o cuando se contraten de forma complementaria.

Se entienden incluidas, en todo caso, las pólizas que cubran el riesgo de accidentes amparados en un Plan de Pensiones formulado conforme a la Ley de Planes y Fondos de Pensiones.

Quedan excluidas, en todo caso, las distintas modalidades de Seguros Agrarios Combinados, así como las pólizas de todo riesgo de construcción y montaje, y pólizas de ramos de seguros distintos a los enumerados en el párrafo primero.

- d) El Consorcio estará obligado a satisfacer las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios a los asegurados que, habiendo satisfecho los correspondientes recargos en favor de aquél, se encuentren en alguna de la situaciones siguientes:
- a') Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por póliza de seguro.
 - b') Que, aun estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada en quiebra, suspensión de pagos o que, hallándose en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.
- e) La obligación del Consorcio de Compensación de Seguros amparará necesaria y exclusivamente a las mismas personas o bienes y por las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro, sin perjuicio de lo que reglamentariamente se establezca en relación con los daños a vehículos de motor y con los pactos de inclusión facultativa en las pólizas.
- f) En todas las pólizas incluidas en el apartado c) anterior figurará una cláusula de cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros de los riesgos extraordinarios, en la que se hará referencia expresa a la facultad para el tomador del seguro de cubrir dichos riesgos con aseguradores que reúnan las condiciones exigidas por la legislación vigente. Dicha cláusula será aprobada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, a propuesta del Consorcio de Compensación de Seguros, y se publicará en el *Boletín Oficial del Estado*.

- g) Reglamentariamente, para los casos y en las condiciones que se determinen, podrá establecerse un período de carencia.

En los seguros contra daños podrá fijarse por el Ministro de Economía, a propuesta del Consorcio de Compensación de Seguros, una franquicia a cargo del asegurado para los supuestos en que el Consorcio tenga la obligación de indemnizar.

- h) El Consorcio de Compensación de Seguros, una vez indemnizadas las víctimas o sus beneficiarios, podrá repetir contra la entidad aseguradora recobrando la parte proporcional de lo pagado en la cuantía que exceda de la correspondiente al recargo efectivamente cobrado en su favor, cuando éste haya sido indebidamente aplicado por defecto por la referida entidad.»

- D. Asimismo, en relación con el **seguro obligatorio del automóvil**, corresponden en España al Consorcio, y hasta los límites de dicho seguro:

- Indemnizar a quienes hayan sufrido daños corporales cuando el vehículo causante o el conductor sean desconocidos.
- Indemnizar los daños corporales o materiales producidos por el vehículo cuando, estando asegurado, haya sido sustraído.
- Indemnizar los daños corporales o materiales cuando el vehículo no esté asegurado.
- Y, en general, indemnizar los daños producidos por un vehículo de motor cuando, por cualquier circunstancia, no pudiera ser efectiva la cobertura del seguro obligatorio de automóviles.

- E. Es, además, reasegurador obligatorio en las coberturas del **seguro agrario combinado**.

- F. En el **seguro de crédito a la exportación**, el Consorcio actúa como posible reasegurador en los riesgos comerciales, y como administrador de los recursos necesarios para que la **Compañía Española de Seguros de Crédito a la Exportación (CESCE)** pueda hacer frente a los riesgos políticos y extraordinarios que cubre, en exclusiva, por cuenta del Estado.

G. Ejerce asimismo competencias en el **seguro obligatorio de responsabilidad civil del cazador**, similar a las desarrolladas en el obligatorio de automóviles.

Cubre los riesgos del **seguro obligatorio de viajeros** en los siguientes supuestos:

- a. Cuando el transportista no tenga suscrita la póliza.
- b. Si el transportista realiza viajes públicos colectivos de personas sin estar legalmente autorizado para ello.
- c. Cuando la entidad aseguradora sea declarada en quiebra, suspensión de pagos, y cuando, hallándose en situación de insolvencia, la liquidación sea intervenida por la administración o sea asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.
- d. En el caso de riesgos que no hayan sido aceptados por las entidades aseguradoras.

Sobre esta materia remitimos a lo dicho al respecto en el Módulo 4 sobre «Las clases de seguros».

H. Recargos a favor del Consorcio

Son recargos a favor del Consorcio de Compensación de Seguros:

- a) El recargo en el *seguro de riesgos extraordinarios* sobre las personas y los bienes, el recargo en el *seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos* de motor, el recargo destinado a efectuar subvenciones a la *Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras*, el recargo en el *seguro obligatorio de responsabilidad civil del cazador* y el recargo en el *seguro obligatorio de viajeros*. Estos recargos, que corresponden al Consorcio en su funciones de compensación y fondo de garantía, tienen el carácter de ingresos de derecho público exigibles por la vía administrativa de apremio cuando no hayan sido ingresados por las entidades aseguradoras en el plazo fijado legalmente, siendo a tal efecto título ejecutivo la certificación de descubierto expedida por el Director General de Seguros y Fondos de Pensiones, a propuesta del Consorcio.
- b) Todos los *recargos* a favor del Consorcio de Compensación de Seguros serán *recaudados* obligatoriamente *por las entidades aseguradoras* juntamente con sus primas o, caso de fraccionamiento de las mismas, con el primer pago fraccionado que se haga.

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, a través de la Inspección de Seguros y conforme a los planes de inspección aprobados a propuesta del Consorcio, inspeccionará a las entidades aseguradoras que recauden recargos a favor del Consorcio de Compensación de Seguros, al objeto de comprobar el efectivo cumplimiento de esta obligación.

- c) Las entidades aseguradoras vendrán obligadas, al tiempo de presentar al Consorcio la declaración de los recargos recaudados por cuenta del mismo, a practicar una liquidación e ingresar su importe con la periodicidad y con sujeción a las reglas que se determinen reglamentariamente.

Tanto las liquidaciones practicadas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones derivadas de actas de inspección como aquellas otras que no tengan señalado plazo de ingreso por sus normas específicas, deberán ser ingresadas dentro de los quince días siguientes a aquel en que tuvo lugar la notificación de la liquidación a la entidad aseguradora.

- d) El ejercicio de la gestión recaudadora por cuenta del Consorcio de Compensación de Seguros llevará aparejado el derecho a percibir una *comisión de cobro* que fijará la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones a propuesta del Consorcio y previa audiencia de las entidades y organizaciones aseguradoras más representativas, sin que pueda exceder del 10% de los importes brutos recaudados.
- e) El incumplimiento de la obligación de ingresar en el Consorcio los recargos percibidos por la entidad aseguradora en el plazo y forma legalmente establecidos llevará aparejado, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas y, en su caso, penales en que hubiera podido incurrir, la obligación de satisfacer durante el período de demora el interés legal y, además, la pérdida de la comisión de cobro.

- I. El Consorcio de Compensación de Seguros está administrado y regido por un Consejo de Administración que estará compuesto por el Presidente del Consorcio y un máximo de doce vocales.

2.2. *Agroseguro*

Es el anagrama de la Agrupación Española de Entidades Aseguradoras de los Seguros Agrarios Combinados, S.A., entidad que, en forma de *pool* de coaseguro, gestiona el llamado seguro agrario combinado.

Éste es un sistema de cobertura que existe en España para proteger frente a determinados riesgos, especialmente climatológicos, los cultivos agrícolas más significativos del país y ciertas especies de la cabaña nacional. Cada año la propia Administración establece un plan en el que se establecen cultivos y animales protegidos, subvenciones a las primas, coberturas, etc. Las entidades aseguradoras que lo desean intervienen suscribiendo una parte alícuota del riesgo total.

2.3. *Lloyd's*

Es una corporación inglesa de aseguradores individuales integrados en varios grupos independientes entre sí, que se denominan **sindicatos**, los cuales aceptan riesgos a través de sus propios miembros, llamados *underwriters*.

Los *underwriters* son las únicas personas que, como miembros del Lloyd's, pueden aceptar seguros. Responden con su patrimonio personal de las obligaciones económicas contraídas al aceptar el riesgo. Para ser *underwriter* se exige ser presentado por un miembro del Lloyd's y ser amparado por otros cinco, lo que supone, por tanto, que el nuevo miembro ha de tener una fuerte solvencia financiera.

Existen en el Lloyd's varios miles de *underwriters*; esto supondría que cuando se tratara de buscar cobertura para un riesgo con un elevado capital asegurado, sería preciso conseguir la suscripción de muchos *underwriters*, para que cada uno de ellos pudiera asegurar una parte de dicho riesgo. En evitación de este trámite laborioso, se crearon en el Lloyd's los sindicatos, que son agrupaciones de varios *underwriters* que, por tanto, pueden aceptar porciones mucho mayores de cada riesgo.

Los riesgos sólo pueden ser presentados a la aceptación de los *underwriters* a través de los *brokers* o firmas de corredores de seguros. Los *brokers*, para actuar, precisan de un reconocimiento previo por la Corporación del Lloyd's, pero no restringen sus funciones a este organismo, pudiendo, si lo consideran conveniente, colocar el seguro en cualquier otra Compañía aseguradora.

El sistema de colocación de un riesgo es el siguiente: el *broker* que quiere hacer un seguro, confecciona previamente una pequeña nota, denominada *slip*, en la que se recogen los detalles característicos del riesgo cuya cobertura busca. El *broker* presenta dicho *slip* a los *underwriters* y va distribuyendo las porciones de riesgo entre aquellos que las aceptan, eligiendo los que facilitan una cotización más favorable. Los *underwriters* aceptantes van anotando en dicho *slip* la porción de riesgo que asumen en nom-

bre de su sindicato respectivo, haciendo constar al mismo tiempo sus iniciales y su firma. Estas anotaciones se van haciendo una debajo de otra, de donde proviene precisamente la denominación *underwriter* («que escribe debajo»). Una vez distribuido el total del capital asegurado, el *slip* se presenta al *Lloyd's Policy Signing Office* («Oficina de firma de pólizas del Lloyd's»), donde se confrontan los detalles de dicho *slip* y se emite la póliza con el sello de la citada oficina, requisito sin el cual ninguna póliza es válida.

La misión del Lloyd's es no sólo aceptar seguros o reaseguros, sino también obtener información sobre todo tipo de buques y sus travesías en cualquier momento, información ésta de suma utilidad para todas las compañías que trabajen el seguro marítimo. Igualmente el Lloyd's tiene distribuidos por todo el mundo varios miles de agentes y subagentes que actúan como representantes de la corporación y no como simples agentes de seguros. Son estos agentes los que facilitan la información marítima referida, pudiendo encargarse también, en nombre del Lloyd's, del arreglo de siniestros.

El Lloyd's nació en 1688 en un café de Londres propiedad de Edward Lloyd. Los parroquianos eran todos patrones de buques, banqueros o comerciantes y allí se formalizaban los seguros marítimos, además de constituir un centro de información sobre todo lo relativo a buques o navegación. Con el paso del tiempo, el café Lloyd empezó a ser importante, incluso después de la muerte de su propietario en 1713, y especialmente a partir de 1771, año en el que se sientan las nuevas bases de su funcionamiento. Por Acta del Parlamento en 1871, el Lloyd's es reconocido como una corporación. Actualmente trabaja todos los ramos del seguro.

2.4. *Lloyd's Register of Shipping*

Sociedad inglesa de clasificación de buques, a los que atribuye una cota o garantía. Publica anualmente un registro de buques, un registro de armadores y una lista de astilleros, constructores de buques, direcciones telegráficas y códigos usados por firmas de armadores y compañías de seguros marítimos. Su autoridad en todas estas materias está universalmente reconocida.

2.5. *Bureau Veritas*

Institución, con sede en París, que facilita información a las entidades aseguradoras que lo solicitan sobre las características y estado de conservación de buques, a efectos de su tarificación o cálculo de prima.

2.6. *Club de Protección e Indemnización (P&I)*

Es una sociedad o asociación de armadores o propietarios de buques destinada a otorgar protecciones o prestar indemnizaciones a sus propios miembros respecto a riesgos normalmente no cubiertos por el seguro marítimo.

III. OTROS CARACTERES DE LA EMPRESA DE SEGUROS EN ESPAÑA

Con independencia de las características puestas de manifiesto en el apartado anterior, al describir las clases de empresas aseguradoras, es necesario citar los siguientes caracteres específicos de las entidades aseguradoras, exigidos por la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de 8-11-1995 y su Reglamento de desarrollo de 20-11-1998:

1. Objeto social

1.1. Concepto general

El objeto social de las entidades aseguradoras será exclusivamente la práctica de las operaciones de seguro privado definidas en la Ley de Ordenación, así como las permitidas por la misma, aunque no tengan en sí mismas la naturaleza de operación de seguro.

1.2. Concepto de seguro privado

A. Operaciones incluidas

Tendrán la consideración de operaciones de seguro privado aquellas en las que concurren los requisitos previstos en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

B. Operaciones excluidas

No tendrán la consideración de operaciones de seguro privado la prestación de servicios profesionales, los contratos de abono concertados para prestar servicios de conservación, mantenimiento, reparación y similares, siempre que en las obligaciones que asuman las partes no figure la cober-

tura de un riesgo técnicamente asegurable, ni la mera obligación de prestación de servicios mecánicos al automóvil realizada a sus socios por los clubes automovilísticos.

Tampoco tendrán la consideración de aseguradores aquellas personas que contando con infraestructura adecuada presten, al menos, alguno de los servicios citados en el párrafo anterior, referidos a asistencia sanitaria, defensa jurídica, asistencia a personas o decesos, devengando su retribución por cada uno de los actos que realicen y con independencia de la persona que los satisfaga.

C. Consultas a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Las dudas que puedan surgir sobre la calificación de una operación, a efectos de su sometimiento a la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y a este Reglamento, serán resueltas en vía administrativa por el Ministro de Economía. Cuando la duda se refiera a si la operación forma parte de la Seguridad Social obligatoria, se solicitará informe previo del Ministerio competente por razón de la materia.

1.3. Operaciones sometidas a la Ley de Ordenación

- A. Las actividades de seguro directo de vida, de seguro directo distinto del seguro de vida, y de reaseguro.
- B. Las operaciones de capitalización basadas en técnica actuarial que consistan en obtener compromisos determinados en cuanto a su duración y a su importe a cambio de desembolsos únicos o periódicos previamente fijados.
- C. Las operaciones preparatorias o complementarias de las de seguro o capitalización que practiquen las entidades aseguradoras en su función canalizadora del ahorro y la inversión.
- D. Las actividades de prevención de daños vinculadas a la actividad aseguradora.

1.4. Operaciones prohibidas y sanción de nulidad

A. Operaciones prohibidas

Quedan prohibidas a las entidades aseguradoras, y su realización determinará la nulidad de pleno derecho de las mismas, las siguientes operaciones:

- Las que carezcan de base técnica actuarial.
- El ejercicio de cualquier otra actividad comercial y la prestación de garantías distintas de las propias de la actividad aseguradora.
No se entenderá incluida en tal prohibición la colaboración con entidades no aseguradoras para la distribución de los servicios producidos por éstas.
- Las actividades de mediación en seguros privados definidas en la Ley 9/1992, de 30 de abril de Mediación en Seguros Privados.

B. Sanción de nulidad

Serán nulos de pleno derecho los contratos de seguro y demás operaciones sometidas a la presente Ley celebrados o realizados por entidades no autorizadas, cuya autorización administrativa haya sido revocada, o transgrediendo los límites de la autorización administrativa concedida.

Quien hubiere contratado con tales entidades no estará obligado a cumplir su obligación de pago de la prima y tendrá derecho a la devolución de la prima pagada salvo que, con anterioridad, haya tenido lugar un siniestro. Si antes de tal devolución acaece un siniestro, amparado por el contrato si hubiere sido válido, nacerá la obligación de la entidad que lo hubiese celebrado de satisfacer una indemnización cuya cuantía se fijará con arreglo a las normas que rigen el pago de la prestación conforme al contrato de seguro, sin perjuicio del deber de indemnizar los restantes daños y perjuicios que hubiera podido ocasionar.

Esta obligación y responsabilidad será solidaria de la entidad y de quienes desempeñando en la misma cargos de administración o dirección hubieren autorizado o permitido la celebración de tales contratos u operaciones.

1.5. Especialización del objeto social

A. Ramo de Vida

El objeto social de las entidades aseguradoras que pretendan operar en cualquier modalidad del ramo de vida será únicamente la realización de operaciones de dicho ramo y la cobertura de riesgos complementarios del ramo de Vida. Además, previa obtención de la necesaria autorización administrativa, podrán realizar operaciones en los ramos de accidentes y enfermedad, sin someterse, en este caso, a las limitaciones y requisitos exigibles a la cobertura de riesgos complementarios.

B. *Ramos No Vida*

El objeto social de las entidades aseguradoras que pretendan operar en cualquiera de los ramos del seguro directo distinto del de vida no podrá comprender la realización de operaciones del ramo de Vida. No obstante, si sólo están autorizadas para los riesgos comprendidos en los ramos de accidentes y enfermedad, podrán operar en el ramo de Vida, si obtienen la autorización administrativa requerida.

2. Denominación social

2.1. *Regla general y reserva legal de uso*

En la denominación social de las entidades aseguradoras se incluirán las palabras «seguros», o «reaseguros», o ambas a la vez, conforme a su objeto social, quedando reservadas las mismas en exclusiva para dichas entidades.

También las mutuas, cooperativas y mutualidades de previsión social consignarán su naturaleza en la denominación e indicarán si son «a prima fija» o «a prima variable».

2.2. *Prohibiciones de uso*

- A. Ninguna entidad podrá adoptar la denominación que venga utilizando otra, que induzca a confusión o que haga alusión a otra actividad distinta de la propia aseguradora.
- B. Queda prohibido incluir en la denominación social palabras que puedan interpretarse como definidoras de la naturaleza jurídica pública u oficial de la entidad, salvo que la misma tenga tal naturaleza.

3. Domicilio social

3.1. *Ubicación del domicilio social*

El domicilio social de las entidades aseguradoras deberá situarse dentro del territorio español en el lugar en que se halle el centro de su efectiva administración y dirección, o en que radique su principal establecimiento o explotación.

3.2. *Conservación de la documentación social*

Las entidades aseguradoras conservarán su documentación en el domicilio social que hayan comunicado al Ministerio de Economía, y éste enviará sus escritos a dicho domicilio.

3.3. *Rótulo con la denominación social*

En el inmueble donde radique el domicilio social se hará figurar de manera destacada la denominación social de la entidad y, en caso de traslado, continuará el rótulo con indicación del nuevo domicilio durante un plazo no inferior a tres meses.

4. **Garantías financieras iniciales**

4.1. *Capitales mínimos*

A. **Concepto de capital**

Desde un punto de vista económico, *capital* es el conjunto de bienes de una empresa que representa el valor de la misma.

En sentido estricto, se da también este nombre al importe que representa el capital suscrito por los accionistas y socios, en las compañías anónimas, comanditarias por acciones y sociedades de responsabilidad limitada y sociedades cooperativas.

En general, el capital suscrito es el que consta escriturado en las sociedades antes indicadas, y debe figurar en el pasivo del balance.

Otro concepto importante es el de «capital desembolsado», nombre que se da a la parte del capital suscrito que los socios o accionistas que lo suscriben aportan en efectivo o mediante la entrega de otros bienes.

Por último conviene señalar que recibe el nombre de «**fondo mutuo**» el capital social de las entidades aseguradoras de naturaleza mutua, aportado por sus asociados o constituido con los excedentes de los ejercicios sociales.

B. **Sociedades anónimas y cooperativas de seguros a prima fija**

De acuerdo con la legislación española (artículo 13 de Ley de Ordenación y 27 de su Reglamento), las sociedades anónimas y las cooperativas de

seguros a prima fija deberán tener un **capital social** suscrito (desembolsado como mínimo en un 50%), de acuerdo con los ramos en que operen, de cuantía no inferior a la siguiente (en millones de pesetas):

- 1.500: — Vida, caución, crédito y cualquiera de los de responsabilidad civil.
- Reaseguro (actividad exclusiva).
- 350: — Accidentes, enfermedad, defensa jurídica, asistencia y decesos.
- 500: — En los restantes.

No obstante, las entidades que sólo practiquen el seguro de asistencia sanitaria y limiten su actividad a un ámbito territorial con una población inferior a dos millones de habitantes, será suficiente la mitad del capital señalado.

Por último, conviene indicar que las entidades que practiquen varios ramos del seguro directo, distintos del de Vida deberán tener el capital correspondiente al ramo comprendido en el grupo de mayor cuantía.

Así mismo las entidades que pretendan operar en el ramo de vida y en los ramos de accidentes y enfermedad, incluida la asistencia sanitaria, deberán alcanzar como cifra de capital social o fondo mutual la equivalente a la suma de la exigida para aquel y la mayor de estos últimos.

C. Mutuas

- Las mutuas a **prima fija** deberán acreditar **fondos mutuales** permanentes, aportados por sus mutualistas o constituidos con excedentes de los ejercicios sociales cuyas cuantías mínimas, según los ramos en que pretendan operar, serán las señaladas en la letra anterior como capitales desembolsados.

No obstante, cuando estas mutuas tengan establecido en sus estatutos un régimen de **derrama pasiva**, sólo se requerirán las tres cuartas partes de dicha cuantía.

- Las **cooperativas** de seguros **prima variable** requerirán un capital suscrito y totalmente desembolsado de 50 millones de pesetas.
- Las **mutuas a prima variable** deberán acreditar un fondo mutual permanente de 5 millones de pesetas.
- Las **mutualidades de previsión social** habrán de justificar un fondo mutual mínimo de 5.000.000 de pesetas. No obstante, si hubieran obtenido autorización para «ampliación de operaciones» deberán justificar las mismas cuantías exigibles a las mutuas a prima fija.

D. Sucursales de compañías extranjeras de terceros países

Según se indicó anteriormente, deben aportar un «fondo permanente de la Casa Central», equivalente, al menos, al capital social o fondo mutual mínimos exigidos a las sociedades españolas, según los ramos de seguros en que operan.

4.2. Fondo de garantía inicial

Sólo es aplicable a las sucursales extranjeras de terceros países, y su cuantía no será inferior al fondo de garantía mínimo exigido a las entidades aseguradoras por la legislación española vigente cuya cuantía, como norma general, es de 800.000, 400.000, 300.000 y 200.000 euros, según los ramos (véase el capítulo en el que se trata el fondo de garantía).

5. Derramas

Este concepto es propio de las Entidades con forma mutua o cooperativa. En Derecho español es la participación económica de los mutualistas y cooperativistas en el resultado final de cada ejercicio de la entidad a que pertenecen. Si esta participación tiene el carácter de reintegro al mutualista de la cantidad percibida por su mutua en exceso, la **derrama** se llama **activa** («retorno» en las cooperativas); por el contrario si consiste en una aportación suplementaria, que el mutualista tenga que realizar si se hubiera producido insuficiencia, se denomina **derrama pasiva**.

La «derrama activa» recibe también el nombre de «devolución de excedente» y consiste en la participación de los mutualistas en el beneficio económico de cada ejercicio, una vez atendidas las obligaciones estatutarias relativas a la constitución de reservas patrimoniales y fondo de desviaciones técnicas.

El importe de dicha participación es acordado anualmente por la Junta General de Mutualistas y suele consistir en una reducción de la cuota o prima del próximo recibo anual.

Según la legislación española, los resultados positivos de las mutuas, una vez constituidas las garantías financieras exigidas por la ley, se destinarán en primer término a la restitución de las aportaciones realizadas para constituir el fondo mutual, y el sobrante podrá distribuirse entre los socios e incrementar las reservas patrimoniales. Si los resultados fuesen negativos, tanto en las mutuas como en las cooperativas, serán absorbidos por de-

ramas pasivas o aportaciones obligatorias, por reservas patrimoniales y, en último término, por el fondo mutual o el capital social.

En las mutuas y cooperativas, según el ordenamiento español, si éstas son a **prima fija** los socios, en principio, no responden de las deudas sociales, salvo que los estatutos establezcan tal responsabilidad, en cuyo caso no podrá superar el importe anual de la prima que corresponda al socio en el ejercicio económico que haya dado origen a la deuda social.

Si dichas entidades son a **prima variable**, los socios responden en todo caso de las deudas sociales, siendo tal responsabilidad mancomunada y proporcional a los respectivos capitales asegurados y limitada al importe de los mismos.

6. Estatutos

6.1. *Concepto*

Pueden definirse como el conjunto de normas orgánicas, establecidas inicialmente por los fundadores de la entidad y posteriormente por los socios reunidos en Junta General, que regulan determinados aspectos básicos de la sociedad en cuanto a su régimen operativo, administración, adopción de acuerdos, órganos de gobierno, etc.

6.2. *Contenido*

La legislación española sobre seguros exige que el texto estatutario tenga un **contenido mínimo general**, con independencia de la forma jurídico-social que adopten las Entidades, y un **contenido mínimo específico**, en función de dicha forma jurídico-social.

A. **Contenido mínimo general**

Viene configurado por una serie de extremos y menciones que constituyen la base fundamental y genérica que debe estar presente en toda regulación estatutaria.

Tales menciones son las siguientes (art. 75 del Reglamento de Ordenación):

- Denominación.
- Sumisión a la legislación especial.

- Objeto social: con mención expresa al ramo o ramos en que opere.
- Domicilio social.
- Ambito territorial en que desarrollará su actividad.

B. Contenido mínimo específico

a. Sociedades anónimas

Al contrario de lo que ocurre, como veremos más adelante, en el caso de las sociedades mutuas y cooperativas, la legislación especial no señala expresamente las materias que han de componer dicho contenido.

Por ello, habrá de estarse en este tema a lo dispuesto por la Ley de Sociedades Anónimas, y, en consecuencia, estimarse que el contenido mínimo específico de los estatutos en este tipo de sociedades, viene dado por aquellas menciones a que hace referencia dicha Ley y que no se encuentran recogidas en la legislación especial de seguros.

Respecto al capital social, habrá de establecerse el mismo cumpliendo, en todo caso, los mínimos de suscrito y desembolsado que exigen la legislación especial de seguros privados.

b. Sociedades mutuas y cooperativas a prima fija

En los estatutos de estas entidades, además de los extremos exigibles en general para las entidades de seguros, deberán constar como mínimo los siguientes (art. 12 del Reglamento de Ordenación):

- a') Si los mutualistas tienen o no responsabilidad por las operaciones sociales.
- b') Normas para la constitución del fondo mutual, reintegro de las aportaciones de los mutualistas y sobre el devengo de intereses por éstas.
- c') Requisitos objetivos que deberán reunir los socios para su admisión.
- d') Derechos y obligaciones de los socios.
- e') Consecuencias de la falta de pago de las derramas pasivas y aportaciones obligatorias.
- f') Normas para la liquidación de cada ejercicio social.
- g') Forma en que los socios pueden examinar los documentos sociales.
- h') Normas que deberán aplicarse para el cálculo y distribución de las derramas.
- i') Sumisión de cada uno de los socios en cuanto tales, y no como asegurados, a la jurisdicción de los tribunales del domicilio social.
- j') Regulación de los órganos de gobierno.

c. Sociedades mutuas y cooperativas a prima variable

El contenido mínimo de los estatutos se ajustará a lo dispuesto para las entidades a prima fija, con excepción de la letra a') anterior, ya que en este tipo social la responsabilidad por las deudas sociales existe siempre e incluirán las normas sobre la **cuota de entrada, fondo de maniobra y homogeneidad cualitativa de los riesgos.**

A las cooperativas de seguros le son de aplicación las normas previstas para las mutuas, en la medida en que sean compatibles con su naturaleza jurídica, a cuyos efectos las referencias hechas a «mutuas», «mutualistas» y «fondo mutual», se entenderán hechas a «cooperativas», «cooperativistas» y «capital social».

IV. LA ORGANIZACIÓN DE LA EMPRESA

1. Concepto de organización

Puede considerarse como **«Organización»** a la especial distribución, configuración básica o estructura general que tiene un ente institucional o empresarial para su mejor adecuación a las funciones que tiene asignadas.

El elemento fundamental en el que se asienta el entramado de toda organización es el **«órgano»**, el cual puede ser definido como la parte de una estructura institucional, corporativa o empresarial, que posee competencia para conocer, debatir y resolver determinados asuntos y materias.

La expresión de toda organización puede ser plasmada en un **«organigrama»**, que consiste en la representación gráfica, de carácter simbólico, en la que esquemáticamente se reflejan los diferentes órganos, departamentos o servicios que integran un determinado sector, institución o empresa al que se le encomienda el desarrollo de una actividad concreta o conjunto de ellas.

2. Factores que determinan la organización de una empresa aseguradora

Pueden señalarse los siguientes:

2.1. Régimen jurídico-social

Desde este punto de vista de la organización empresarial, interesan los que podríamos denominar órganos socio-empresariales, cuyas principales

manifestaciones son: Juntas o Asambleas Generales; Consejos de Administración; Comisiones Directivas o Ejecutivas; Consejeros Delegados y Directores Generales o Gerentes.

2.2. *Política de empresa*

La entidad que, por ejemplo, pretende lograr una rápida expansión, precisa preparar adecuadamente órganos a este efecto y dar mayor importancia a la organización comercial, frente a la empresa estática, preocupada fundamentalmente de un equilibrio en los resultados, que pondrá mayor énfasis en los órganos técnicos.

2.3. *Volumen de operaciones*

La organización depende en gran parte de este factor, a consecuencia de la mayor necesidad de dividir funciones, a medida que aumenta el tamaño de una empresa.

2.4. *Clase de organización territorial*

En este sentido, tiene importancia no solamente el número de unidades territoriales, sino las características de ellas y de las zonas en que están enclavadas.

2.5. *Clase de operaciones*

Un ramo, por ejemplo el de Incendios, permite gran centralización y concentración en la prestación de servicios; el de Automóviles, en cambio, por la movilidad del riesgo y frecuencia del siniestro, exige servicios muy extensos y autónomos para la adecuada atención de accidentes.

2.6. *Medios de procesamiento de datos*

Éstos no sólo influyen en la técnica administrativa, sino en la estructura de los departamentos y servicios y en la necesidad de ciertas funciones.

3. Clases de organización

3.1. Organización directiva (jurídico-social)

Está constituida por el conjunto de órganos que legalmente ostentan las competencias para adoptar decisiones válidas en todas las materias referentes a la dirección, gestión y administración de la empresa.

A. Junta General

Es el órgano superior de gobierno de una entidad, compuesto por todos los socios que, por sí o representados, asisten a cada una de sus reuniones.

Las Juntas Generales pueden ser Ordinarias o Extraordinarias. Las primeras se celebran una vez al año para la resolución de los asuntos que más adelante se señalan. Las segundas se reunirán siempre que sea necesario y por convocatoria especial, sin que normalmente puedan tratarse en ellas asuntos distintos de los que figuran en su orden del día.

Para la válida celebración de una Junta General en primera convocatoria, se requiere la asistencia de las personas (asociados o accionistas) con derecho a participar, que ostenten la titularidad, propia o por representación, de más de un determinado porcentaje del total de los asociados (generalmente un 50%).

Si no se cumple este requisito, la Junta General se reunirá en segunda convocatoria, cualquiera que sea el número de los asistentes.

Normalmente cada persona tiene derecho a un voto, salvo en las sociedades capitalistas (por ejemplo, sociedad anónima) en que cada socio tiene tantos votos como participaciones sociales posea. Los acuerdos se suelen tomar por simple mayoría y a veces se establece que el voto del Presidente tenga fuerza para dirimir en caso de empate (voto de calidad). Las decisiones adoptadas son obligatorias para todas las personas aunque no hubiesen asistido a la Junta o fueran disidentes.

Corresponde fundamentalmente a la Junta General Ordinaria el examen de la gestión social y la aprobación, en su caso, de las cuentas, balance y memoria del ejercicio anterior y el nombramiento o reelección de Consejeros.

La Junta General Extraordinaria tiene competencia para deliberar y resolver sobre los restantes asuntos de importancia que afecten a la entidad.

Una modalidad de «Junta o Asamblea General» es la denominada «Junta o Asamblea Universal», nombre que se da a la celebrada por acuerdo y en presencia de la totalidad de los socios. Es, en consecuencia, una Junta

General Extraordinaria con las más amplias facultades de decisión y resolución por las razones antes señaladas.

B. Consejo de Administración

Es el órgano encargado de dirigir la gestión y administración de una entidad. Ostenta la plena representación de aquélla y cuantas facultades de disposición, administración y ejecución sean precisas para la defensa de sus intereses patrimoniales y sociales.

Normalmente, salvo que los Estatutos sociales dispongan otra cosa, el Consejo de Administración elige de entre sus miembros un Presidente y un Vicepresidente y nombra a un Secretario.

El Presidente asume la alta representación de la entidad, dirige las reuniones de la Junta General y las de otros altos órganos de la empresa y ordena el cumplimiento de sus acuerdos. El Vicepresidente sustituye al Presidente en caso de ausencia, enfermedad o delegación expresa de éste; en su defecto, suele ser sustituido por el Consejero de mayor edad entre los que asistan a la reunión del Consejo. El Secretario firma, en nombre del Presidente, la convocatoria de la Junta General; redacta las actas de las reuniones; custodia los libros de actas y extiende las certificaciones necesarias. En su defecto, suele actuar en su lugar el Consejero de menor edad entre los presentes.

El Consejo de Administración suele celebrar reuniones periódicas para recibir información sobre datos contables, administrativos, financieros, técnicos y estadísticos referentes al período que examina y sobre los acuerdos adoptados por otros altos órganos de él dependientes.

C. Comisión Ejecutiva o Directiva

Suele recibir este nombre el órgano colegiado que, formado por miembros del Consejo de Administración, ejerce las facultades que ostenta dicho Consejo, por delegación de este último, y con la amplitud que el mismo decide.

D. Consejero Delegado

Se denomina así al órgano unipersonal que, elegido de entre sus miembros por el Consejo de Administración, desempeña las facultades propias de éste último por delegación del mismo, y siempre de conformidad con los términos del propio acuerdo de delegación.

E. Director General o Gerente

Es el órgano ejecutivo superior de la empresa al que corresponde la adopción de decisiones autónomas en todos los aspectos técnicos, administrativos, comerciales, financieros y de personal de la empresa y la vigilancia, control y coordinación de los diversos estamentos de ella. Su titular es designado por el Consejo de Administración, que le otorga las facultades necesarias para el desempeño de sus funciones. Puede ser nombrado también por la Comisión Ejecutiva o el Consejero Delegado, en su caso.

No obstante, conviene indicar que desde un punto de vista estricto del Derecho de Sociedades español, los Directores Generales no son, en sí, «órganos» de la sociedad, pues su relación jurídica con la misma no es de naturaleza orgánico-institucional, ya que no nace de una «delegación de funciones», sino que tal relación jurídica tiene carácter contractual (mandato) al estar fundamentada en la concesión de los correspondientes «poderes» por los auténticos «órganos» ejecutivos de la sociedad: Consejo de Administración, Comisión Ejecutiva o Consejero Delegado.

3.2. Organización operativa

Expresa el conjunto de órganos y servicios que definen los aspectos funcionales de la empresa, de acuerdo con la actividad que desarrolla, el entorno territorial en que opere o la política de gestión que se practique.

Así, desde este punto de vista, puede hablarse de los siguientes tipos de organización:

A. Según el grado de centralización

a. Organización centralizada

Es aquella que está concebida y estructurada sobre la base de una política empresarial consistente en la asignación de responsabilidades de actuación y resultados a los órganos centrales de una empresa, encomendando a los servicios periféricos o territoriales funciones exclusivamente administrativas sin atribución de capacidad, o muy limitada, para adoptar decisiones.

b. Organización descentralizada

Aquella que está concebida y estructurada sobre la base de una política empresarial consistente en la asignación de responsabilidad de actuación y

de resultados a determinados núcleos o sectores de organización, distintos de los servicios centrales; en general, puede considerarse que el objetivo básico de una política descentralizadora radica en conseguir una mayor flexibilidad, rapidez y eficacia en la prestación de los servicios de la empresa, merced a una aproximación a las necesidades de las personas vinculadas a ella (asegurados).

B. Según la ubicación geográfica de la estructura organizativa

a. Organización central

Es el conjunto de órganos o servicios que, situados en la sede social de la entidad, tienen como objeto el ejercicio de la función directiva de coordinación, supervisión y ejecutiva en todos sus aspectos, así como la representación de la empresa frente a organismos judiciales, oficiales, sindicales o profesionales de carácter general.

b. Organización territorial o comercial

Conjunto de servicios descentralizados que, para la ejecución de las operaciones derivadas de los contratos de seguro, se establecen con carácter regional, provincial, comarcal o local.

En este sentido, al hablar de órganos «descentralizados» no se alude al significado estricto de este concepto antes indicado, sino que se pretende precisar la diferente situación geográfica respecto a los órganos o servicios centrales, que radican en la sede social de la empresa.

Normalmente, cuando en una empresa impera una política de descentralización (es decir, de delegación de responsabilidades y actuaciones en órganos periféricos) la organización territorial se halla constituida fundamentalmente por sucursales u oficinas directas de la entidad, a las que se encomienda la gestión comercial, mientras que, por el contrario, los órganos centrales suelen ejercitar funciones de control, revisión y administración.

En cambio, en un régimen de centralización, los órganos periféricos suelen ser delegaciones o agencias, con funciones, aunque también comerciales, esencialmente administrativas y de tramitación, reteniendo la oficina principal la adopción de decisiones técnicas (aceptación de seguros, liquidación de siniestros, etc.).

C. Según el grado de agrupación de los servicios con funciones de idéntica naturaleza

a. Organización vertical

Para diferenciarla de la funcional u horizontal, se da ese nombre a aquella en la que la ejecución de funciones se desarrolla independientemente en cada uno de los ramos o sectores en que opera la empresa.

En este sentido, una entidad organizada verticalmente cuenta con tantos departamentos o servicios de Contratación, Contabilidad, Siniestros, etc., como ramos de seguro tiene, en tanto que en la organización funcional el mismo servicio (*v. gr.*, Contratación) desempeña sus funciones para resolver simultáneamente las cuestiones contractuales que se planteen en cualquiera de los ramos.

b. Organización funcional u horizontal

Para distinguirla de la organización vertical, se da este nombre a la que agrupa en un mismo servicio los trabajos de idéntica naturaleza correspondientes a ramos de seguros diferentes. Por ejemplo, los Servicios Centrales están clasificados en departamentos de Producción, de Siniestros, de Contabilidad, etc., comunes para todas las modalidades de cobertura de riesgos.

4. Un posible esquema de organización en una empresa de seguros

4.1. *Las «direcciones» de la empresa*

Suele ser usual aplicar el nombre de «**dirección**» a cada uno de los distintos órganos encargados del ejercicio y/o control de las actividades ejecutivas esenciales en una empresa.

Concretamente, en la empresa de seguros puede hablarse de:

A. Dirección General

Su cometido ya fue expuesto anteriormente.

B. Dirección Administrativa

Tiene por objeto el ejercicio, desarrollo y supervisión o control de las funciones administrativas de la empresa.

C. Dirección Comercial

Su finalidad es el ejercicio, desarrollo y supervisión o control de las funciones o actividades de la empresa relacionadas con su política y función comercial.

D. Dirección Financiera

Está dedicada al ejercicio, desarrollo y supervisión o control de las funciones o actividades de la empresa relacionadas con su política de inversiones mobiliarias e inmobiliarias.

E. Dirección Técnica

Su objeto es el ejercicio, desarrollo y supervisión o control de las funciones y actividades técnicas de la empresa, relacionadas normalmente con los sectores de contratación y siniestros, en sus diversas manifestaciones.

F. Dirección de Recursos Humanos

Su objeto es ejercitar, desarrollar y supervisar las funciones de la empresa relativas, principalmente, a las relaciones laborales, la formación y la comunicación dirigida a la plantilla de personal.

4.2. *Los «departamentos» de la empresa*

La terminología utilizada para describir la estructura orgánico-funcional y operativa de las empresas no suele ser única ni, a veces, coincidente en cada una de ellas.

No obstante, podemos calificar como «departamentos» empresariales a aquellos órganos o servicios de una empresa, encuadrados generalmente en una «Dirección», a los que se encomienda la ejecución y/o control de determinadas y concretas actividades.

En la empresa de seguros, pueden ser destacados los siguientes:

A. Departamento de Contratación

Aquel que tiene por objeto la realización de operaciones relacionadas con la suscripción y formalización de pólizas y suplementos de seguro, así como la resolución de cuestiones suscitadas por los asegurados respecto a la interpretación y aplicación de las condiciones generales y particulares de sus pólizas.

B. Departamento de Emisión (pólizas)

Tiene por finalidad la confección y envío a sus respectivos titulares de las pólizas y suplementos suscritos con la entidad.

C. Departamento de Emisión (recibos)

Su cometido es la confección y puesta en circulación de los recibos de primas de nueva producción y de cartera librados a favor de los asegurados.

D. Departamento de Cobranza

Su objeto es el cobro de recibos de nueva producción o de cartera y la resolución de incidencias que en tal sector se produzcan.

E. Departamento de Sinistros

Tiene por objeto la realización de actividades relacionadas con la aceptación, tramitación y liquidación de expedientes relativos a accidentes declarados por los asegurados.

F. Departamento Comercial

Es aquel que lleva a cabo el ejercicio, desarrollo y control de la actividad comercial de seguros.

G. Departamento de Inversiones

Tiene por finalidad la colocación de los recursos económicos de la empresa tanto en el mercado mobiliario como inmobiliario.

H. Departamento de Contabilidad

Es aquel que realiza el control contable de las operaciones económico-financieras de diversa índole.

I. Departamento de Informática

Tiene por objeto el procesamiento de datos mediante equipos de ordenadores.

J. Departamento de Personal

Su función es regular las relaciones laborales de los empleados con la entidad y vigilar el cumplimiento de la legislación sobre el trabajo.

K. Departamento de Formación

Es el encargado de desarrollar la política de la empresa en materia de capacitación técnica y profesional de sus empleados y colaboradores en sus distintos niveles de cualificación y responsabilidad.

V. LA PROYECCIÓN DE LA EMPRESA HACIA EL FUTURO: ALGUNOS INSTRUMENTOS UTILIZABLES AL RESPECTO

Todas las empresas suelen nacer con ánimo de perdurar y prolongar su actuación en el tiempo, pero en el sector asegurador tal condición podríamos decir que, más que oportuna, es, en general, técnicamente necesaria, cuando no vital, tanto para la adecuada marcha del negocio como para que resulte justificada la propia existencia de la empresa.

Siñ ánimo de ser exhaustivos, se va a hacer referencia, seguidamente, a algunos de los mecanismos e instrumentos utilizados por la empresa para conseguir su proyección y supervivencia en el tiempo.

1. Política comercial

Respecto a una entidad de seguros, puede considerarse como tal al conjunto de principios para orientar a la empresa aseguradora a un determinado modo de ser ante el público y aumentar el número de riesgos asegurados de un modo satisfactorio para su política general, mediante la adecuada utilización de la actividad comercial.

Una política comercial sólo producirá resultados satisfactorios si es fundamentalmente flexible para adaptarse a las conveniencias y posibilidades de cada momento.

También es muy importante que esté adecuada a los fines que se pretenden y a los medios con que se cuente. No será la misma política comercial la de una mutua, limitada a la cobertura de riesgos de una determinada profesión, que la de una sociedad anónima que quiere operar internacionalmente. Tampoco será análoga la de una empresa que tiene dificultades financieras en un momento dado, que la que tiene unas fuertes reservas que le permiten hacer inversiones grandes en su política de expansión.

Por ello, puede señalarse que, para que una política comercial sea eficaz, debe reunir los siguientes requisitos:

- Coordinación con los objetivos de la política general.
- Proyección temporal, que será tanto más amplia cuanto mayor sea el volumen de la empresa.

- Adecuación a los medios personales y materiales con que cuente la entidad.
- Flexibilidad para adaptarse en un momento determinado a sistemas concretos.

2. Función comercial

Ésta puede ser definida, en una entidad aseguradora, como el conjunto de orientaciones relacionadas con el incremento, en número y cuantía, de los riesgos asegurados por ella.

En concreto, puede decirse que los objetivos específicos de la función comercial en el seguro son los siguientes:

2.1. *Adquisición de nuevas pólizas*

No sólo de nuevos clientes, sino de asegurados que ya lo están en la entidad, pero pueden serlo también en otros riesgos que se garanticen en pólizas distintas.

2.2. *Aumento de la cobertura en las pólizas existentes*

Mediante la elevación de los capitales asegurados en aquellos riesgos en que la determinación de su capital es libre, como por ejemplo, en el seguro de vida; o por aumento del número de coberturas dentro de una misma póliza, por ejemplo, en el seguro de automóviles.

2.3. *Conservación de los asegurados y sus coberturas*

No basta tratar de adquirir el mayor número de pólizas y riesgos nuevos, sino que al mismo tiempo debe ejercitarse un actuación encaminada a evitar que se anulen las existentes.

2.4. *Mantenimiento de buenas relaciones con los asegurados*

Constituye éste un método indirecto para conseguir los objetivos anteriores, tanto de incremento como de conservación de cartera.

3. Establecimiento de objetivos

3.1. Concepto de «objetivo»

Puede considerarse como tal la finalidad básica perseguida en cualquier actividad, en función de la cual se ordenan, para su consecución, los diversos medios e instrumentos disponibles.

3.2. Clases de objetivos

A grandes rasgos, los objetivos de la empresa pueden clasificarse en:

A. Objetivo de resultados

Aquel que constituye meta o finalidad continua de cierta actividad. En una entidad aseguradora, objetivos de esta índole pueden ser: mantener una siniestralidad de la cartera global inferior a un porcentaje determinado; continuar con un volumen de vehículos asegurados equivalente al «X» por ciento del parque nacional de automóviles; mantener un ritmo de crecimiento análogo o superior al de la tasa de inflación, etc.

B. Objetivo de actuación

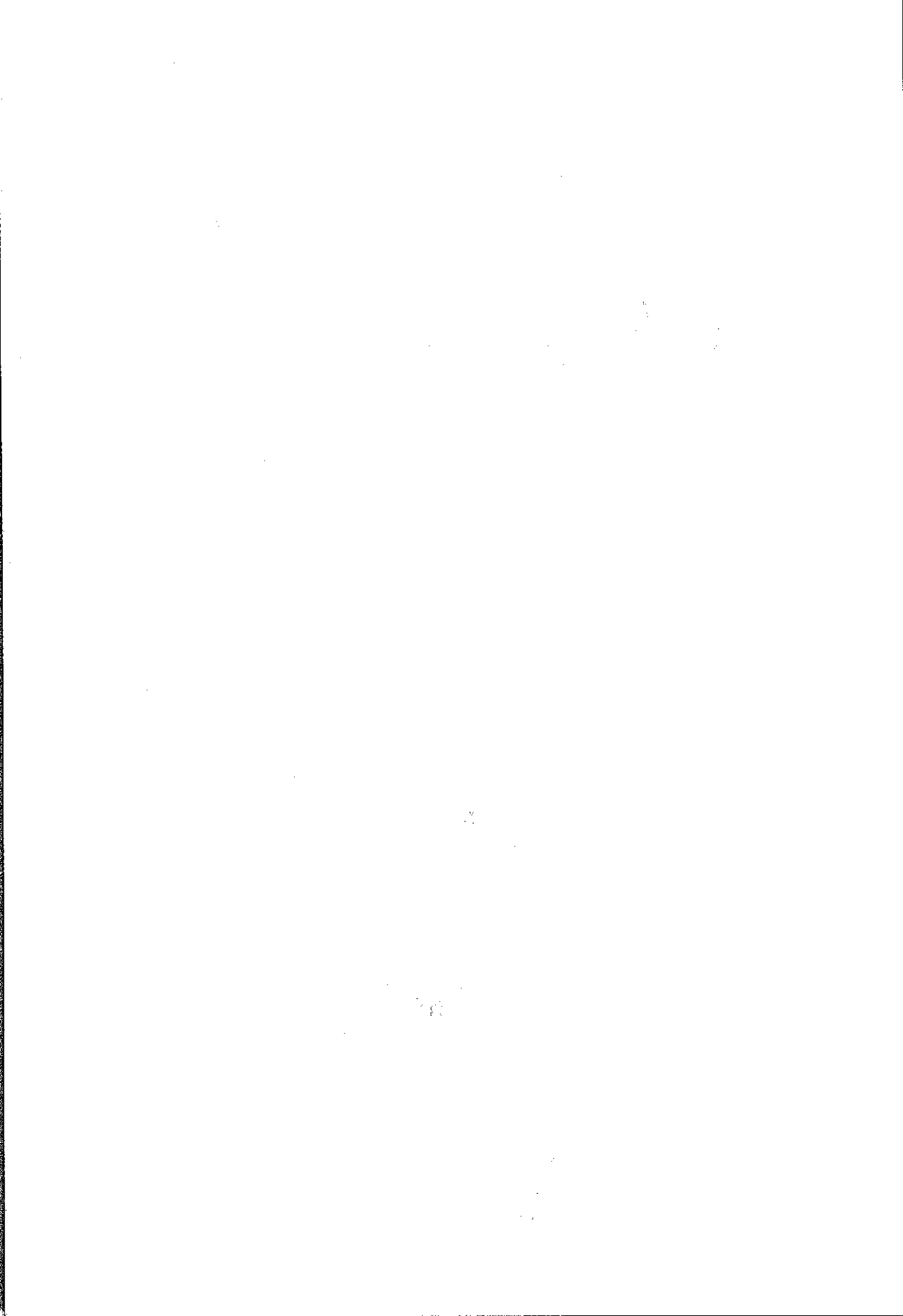
Aquel que, sin carácter de continuidad, se desea alcanzar en determinado plazo, generalmente corto, como medio para conseguir un objetivo de resultados.

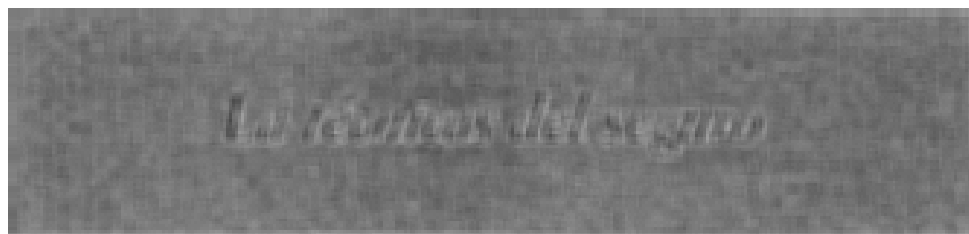
Si, por ejemplo, considerásemos como objetivo de resultado de una empresa el mantener la siniestralidad de su cartera dentro de unos márgenes equilibrados, un objetivo de actuación sería el de realizar un estudio de los siniestros producidos para determinar, a la vista de sus causas, de su frecuencia y de su intensidad, los tipos de riesgos más peligrosos, decidiendo, en consecuencia, sobre su aceptación.

4. Estrategia empresarial

Puede ser definida como estrategia el plan básico operativo de una entidad frente al conjunto de circunstancias concurrentes en un determinado mercado o sector de éste.

Se trata, en definitiva, de la fijación de los criterios generales de actuación de una empresa para la consecución de los objetivos o fines propuestos, con una característica específica de flexibilidad para adecuar la actividad a las nuevas circunstancias que vayan produciéndose sucesivamente.





I. INTRODUCCIÓN

La actividad aseguradora para ser correctamente desarrollada precisa, necesariamente, sustentarse en determinados medios técnicos, sin los cuales no podría ser proyectada hacia el futuro con las debidas garantías de permanencia, equilibrio, estabilidad y solvencia, que permitan hacer frente a los compromisos contraídos con los asegurados.

Entre tales medios técnicos cabe señalar, principalmente, los siguientes:

- La **ciencia actuarial: estadística y matemática. Bases técnicas y tarifas.**
- El mecanismo de las **provisiones técnicas, margen de solvencia y fondo de garantía.**
- Los sistemas de distribución y homogeneización cuantitativa de los riesgos, necesarios para el tratamiento de estos últimos: **reaseguro y coaseguro.**
- Los demás métodos para el **tratamiento del riesgo** ya comentados en el Capítulo 1.

II. LA CIENCIA ACTUARIAL: ESTADÍSTICA Y MATEMÁTICA ACTUARIAL

1. Concepto de estadística

Puede ser definida como el tratamiento científico-técnico experimental de una serie de datos, hechos o de sus circunstancias, en orden a conocer, de modo global, las causas que intervienen en su aparición, su frecuencia de producción, su intensidad media, etc.

En este sentido, puede hablarse de estadística de siniestros, de producción, de cobros, etc.

La ciencia estadística utiliza, fundamentalmente, dos medios matemáticos para conseguir sus fines: la denominada «ley de los grandes números» y el «cálculo de probabilidades».

1.1. *La ley de los grandes números*

Es el nombre con el que se conoce al postulado científico en que se establece que los fenómenos eventuales, que circunstancialmente se producen o manifiestan al examinar continuamente un mismo acontecimiento, decrecen en su irregularidad hasta adquirir una constante, a medida que aumenta el número de veces en que la observación es realizada o se extiende la masa de hechos a que se aplica dicha observación.

Las consecuencias derivadas de la ley de los grandes números, cuando su aplicación se efectúa sobre una adecuada y suficiente base estadística, determinan el grado de posibilidad de que se produzca determinado acontecimiento (fallecimiento de una persona dentro de una colectividad humana, incendio en un edificio en el conjunto de una masa de inmuebles, etc.). Por ello, esta ley es la base fundamental de la técnica actuarial en cuanto se refiere al cálculo y determinación concreta de las primas que deben aplicarse para la cobertura de riesgos.

1.2. *El cálculo de probabilidades*

Recibe este nombre la manifestación de la ciencia estadístico-matemática, base de la ley de los grandes números, por la que, a través de métodos estadísticos, puede establecerse con relativa exactitud el grado de probabilidad de que se produzca determinado evento (siniestro) de entre un gran número de casos posibles (riesgos). Ejemplo típico de esta manifestación lo constituyen las **tablas de mortalidad** del seguro de vida.

La **probabilidad** puede ser definida como el grado de posibilidad de que, en el ámbito de una muestra, se produzca un acontecimiento sometido al azar.

Matemáticamente, se representa como el cociente que resulta de dividir el número de casos favorables entre la suma de todos los casos posibles.

2. La ciencia actuarial

2.1. *Concepto*

Puede considerarse como tal la rama del conocimiento científico que estudia los principios básicos y estructurales de la actividad aseguradora, tanto en su aspecto financiero como técnico, matemático y estadístico, en orden a la obtención de un equilibrio de resultados.

Se conoce con el nombre de «actuario» o «actuario de seguros» a la persona con título académico, profesionalmente capacitada para solucionar las cuestiones de índole financiera, técnica, matemática y estadística, relativas a las operaciones de seguros mediante la aplicación de la ciencia actuarial.

2.2. *Principales instrumentos utilizados por la ciencia actuarial con carácter general*

Entre ellos cabe citar los siguientes:

A. **Constitución de la masa asegurable**

Teniendo en cuenta que cualquier actividad aseguradora ha de apoyarse en la ley de los grandes números, en donde el cálculo de probabilidades pueda tener una posible manifestación concreta, ha de reconocerse que el fin primordial que debe perseguirse es conseguir un volumen de riesgos asegurados lo suficientemente amplio («masa») para dar solidez técnico-actuarial a su actividad, que de otra forma quedaría convertida en un simple juego apoyado únicamente en el azar, en donde el riesgo, el siniestro y el pago de la indemnización quedarían supeditados exclusivamente a una circunstancia que, por principio, es totalmente opuesta a la esencia del seguro: la suerte.

Con independencia de que en determinados momentos puedan surgir situaciones catastróficas esencialmente anormales o, en sentido opuesto, puedan transcurrir períodos de tiempo con beneficio innegable para quienes ejercitan el seguro, lo normal es que los siniestros tengan una frecuencia y una intensidad relativamente uniformes, se manifiesten con periodicidad constante en un determinado lapso de tiempo y afecten por igual a un determinado grupo de personas u objetos asegurados. Sólo sobre estas bases puede hacerse el estudio estadístico de la probabilidad media del siniestro y fijarse el precio de tal probabilidad: la prima.

Se entiende entonces que cualquier actividad aseguradora haya de contar, como requisito indispensable, con una masa asegurable que haga viable la aplicación de los principios de la ciencia actuarial y del cálculo de probabilidades a que antes se ha aludido.

B. Bases técnicas

En España reciben esta denominación los cálculos actuariales que, para cada ramo o modalidad de seguro, dan origen a la determinación de las primas y recargos que va a aplicar una entidad aseguradora. Su realización ha de ser llevada a cabo por actuarios.

Cálculo de la prima. Éste viene dado por el conjunto de estudios estadísticos, que se llevan a cabo para fijar la prima que se aplicará a determinado tipo de riesgos. Normalmente, la prima está integrada por el índice de siniestralidad (frecuencia más coste medio de los siniestros), los índices de gastos de administración y producción, los factores de corrección y seguridad, y el beneficio industrial o de explotación.

Según la legislación española (Ley de Ordenación de 1995 y su Reglamento de 1998), las bases técnicas deberán contener los siguientes apartados:

- Información genérica (sobre explicación del riesgo, factores de riesgo considerados y sistemas de aplicación).
- Información estadística sobre el riesgo.
- Recargo de seguridad.
- Recargos de gestión (para gastos de administración y comerciales).
- Recargo para beneficio o excedente.
- Cálculo de la prima pura o de riesgo.
- Método de cálculo de las provisiones técnicas.

El **recargo de seguridad** antes referido, es aquel que, explícitamente calculado en las bases técnicas, tiene como finalidad compensar las posibles desviaciones entre la siniestralidad real y la estimada. El importe de dicho recargo se dedica a constituir las **provisiones técnicas de estabilización**.

C. Tarifa de primas

En sentido amplio, se da este nombre al baremo o catálogo en que figuran los diferentes tipos de prima aplicables a los riesgos que se encuadran en cierta modalidad o ramo de seguro. Se habla así de la tarifa de incendios, tarifa de automóviles, etc.

En sentido más estricto, también se da esta denominación al tipo o tasa de prima (por ejemplo, tanto por ciento o tanto por mil) aplicable en concreto a determinado riesgo.

Así, en relación con los dos sentidos del término «tarifa» antes indicados, cabe hablar también de un doble significado en el término «**tarificación**», según sea considerada ésta bien como la actividad encaminada (previos los cálculos técnicos y estadísticos oportunos), a determinar las tasas o tipos de prima aplicables a los diferentes riesgos, cuya cobertura puede realizarse a través de una rama o modalidad de seguro, o bien como la acción de aplicar a un riesgo determinado la prima o tarifa que en concreto le corresponda.

De acuerdo con lo establecido por la legislación española, las tarifas de primas responderán al régimen de libertad de competencia en el mercado de seguros y respetarán **los principios de suficiencia**, según hipótesis actuariales, razonables de **indivisibilidad** e **invariabilidad**, y **equidad**.

La prima de tarifa estará integrada por la prima pura (que comprende la prima de riesgo), por el recargo de seguridad, y demás recargos necesarios para compensar a la entidad de los gastos de administración, de adquisición, de mantenimiento del negocio y posible margen de beneficio o excedente.

Las tarifas de primas deberán fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaboradas de acuerdo con lo que se establece en la normativa vigente en España.

Por lo que respecta al seguro de automóviles, en algunos países se utiliza el sistema de tarificación denominado «bonus-malus», mediante el cual se efectúan bonificaciones o aumentos en las primas de las pólizas, atendiendo a que a las mismas les haya afectado o no algún siniestro y de acuerdo con unas normas previamente establecidas.

2.3. *Principales instrumentos actuariales, específicos del ramo de Vida*

A. **Tablas de mortalidad**

Se conocen con este nombre los documentos o estados en que, previo estudio y cálculo actuariales, se reflejan las posibilidades de fallecimiento de una colectividad de personas en función de los diferentes tipos de edades de éstas y del período de vida más o menos prolongada que se considere.

Las tablas de mortalidad, base para la fijación de los tipos de prima aplicables a las diferentes modalidades de seguro de vida, están determi-

nadas sobre los principios que se deducen de la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades.

B. Edad actuarial

Es la del asegurado, a efectos de tarificación del riesgo. Se obtiene tomando como edad la correspondiente a la fecha de aniversario más cercana (anterior o posterior) en el momento de contratar el seguro.

C. Edad límite

Es la edad mínima o máxima preestablecida, por debajo o por encima de la cual la entidad aseguradora no acepta nuevas pólizas ni la renovación de las ya existentes.

D. Interés técnico

Se da este nombre al porcentaje mínimo de rentabilidad que una entidad aseguradora garantiza en las bases técnicas de las distintas modalidades del seguro de vida.

En general, la legislación española establece que dicho tipo de interés no podrá ser superior al 60% de la media aritmética ponderada de los tipos de interés medios alcanzados en el último trimestre de cada uno de los tres últimos años, por los empréstitos en bonos y obligaciones del Estado español (o del Estado que corresponda si los seguros se expresan en divisas) a cinco o más años.

La ponderación será del 50% para el dato del último ejercicio, el 30% para el anterior y el 20% para el anterior. La Dirección General de Seguros publicará, para los seguros en moneda nacional, anualmente el tipo de interés aplicable de acuerdo con los criterios anteriores. Para 2001 dicho tipo es del 3,15%.

E. Peculiaridades de las bases técnicas en el seguro de vida (según la legislación española)

Los tipos de interés aplicables serán los que fije con carácter general el Ministerio de Economía.

Las bases técnicas de los seguros de vida han de contener:

- Los criterios de selección de riesgos que haya decidido aplicar cada entidad.
- Las fórmulas determinativas de los valores garantizados para los casos de rescate, reducción del capital asegurado y anticipos.

— El sistema de cálculo utilizado y los criterios de imputación de la participación en beneficios.

En el cálculo de las provisiones matemáticas se utilizará el sistema actuarial de capitalización individual. No obstante, podrá utilizarse el de capitalización colectiva en los seguros de grupo, planes de pensiones u otras operaciones similares.

F. Tablas de reducción y conmutación

En el primer caso se denomina así al baremo que se une a las condiciones generales de las pólizas del seguro de vida, en donde se detallan los valores de los capitales reducidos en consonancia con los importes de las primas pagadas. (véase en el Capítulo n.º 3 los «valores garantizados» en el seguro de vida).

La tabla de conmutación es, asimismo, un baremo utilizado en los cálculos actuariales para obtener una serie de datos, tales como primas únicas o anuales para diversos tipos de seguros, rentas, etc.

2.4. Otros instrumentos de análisis técnico

A. Resultado técnico

En esencia, y referido a una empresa de seguros, es la diferencia entre las primas recaudadas y el importe de los gastos habidos por siniestros (pagados o pendientes de pago).

En la práctica, ambas partidas se ven incrementadas por otra serie de conceptos. Así, entre los gastos hay que incluir las comisiones, los gastos de administración, las primas cedidas al reaseguro, etc., y entre los ingresos, las comisiones recibidas del reaseguro, el importe de siniestros a su cargo, los recobros, etc.

En resumen, el resultado técnico es el que proviene propia y exclusivamente del ejercicio de la actividad aseguradora, sin tener en cuenta otra serie de ingresos y gastos que pueda tener la empresa ajenos a la citada actividad, como puede ser su gestión financiera o de inversiones.

B. Índice de frecuencia

Recibe este nombre la cifra o coeficiente que refleja el promedio de número de siniestros que una póliza de seguros tiene durante un año completo o el promedio de siniestros por año de todo un conjunto o cartera de pólizas.

C. Índice de intensidad

Es aquel que refleja el coste promedio de los siniestros producidos respecto a un asegurado o conjunto de asegurados o con relación a una determinada cartera de pólizas.

D. Índice de siniestralidad

Es el coeficiente o porcentaje que refleja la proporción existente entre el coste de los siniestros producidos en un conjunto o cartera determinada de pólizas y el volumen global de las primas que han devengado en el mismo período tales operaciones.

E. Siniestralidad

En sentido amplio se da este nombre a la valoración conjunta de los siniestros producidos (pendientes y liquidados) con cargo a un entidad aseguradora. En sentido más estricto equivale a la proporción entre el importe total de los siniestros y las primas recaudadas por una entidad aseguradora, proporción que se mide mediante el antes referido «índice de siniestralidad».

F. Siniestralidad esperada

Importe de los siniestros que, de acuerdo con experiencias anteriores, se calcula que deberán ser satisfechos.

En general las variables antes citadas son de gran utilidad para determinar si las tarifas son o no técnicamente suficientes, y proporcionan los datos oportunos para, si resulta necesario, proceder a la corrección de las mismas.

G. Tratamiento técnico del riesgo (selección, análisis, evaluación, compensación y distribución)

Sobre esta materia nos remitimos a lo expuesto en el Capítulo 1.

III. PROVISIONES TÉCNICAS

1. Concepto general

Se denominan también legales u obligatorias y son aquellas provisiones económicas que cualquier entidad aseguradora debe realizar, para hacer frente a obligaciones futuras que, específicamente derivadas de sus opera-

Se surgirán una vez efectuado el cierre contable de cada ejercicio económico, que en general se coincide con el fin de las pólizas suscritas.

ciones de seguro, que existen en todo momento pero suelen verse reflejadas al cierre contable de cada ejercicio económico.

Se encuentran reguladas por la Ley de Ordenación de 1995 y, principalmente, por su Reglamento de 1998.

2. Clases

De acuerdo con la legislación española de seguros de las provisiones técnicas, deberán disponer las entidades «en todo momento». En ellas cabe distinguir entre:

2.1. Provisiones de obligaciones por primas

A. Provisiones de seguros de vida

- En los seguros de cobertura igual o inferior a un año: la provisión de seguros de vida comprende la de primas no consumidas y, en su caso, la de riesgos en curso.
- En los demás casos: la provisión de seguros de vida comprende la provisión matemática. Esta es exclusiva del ramo de Vida y está destinada a conseguir un equilibrio futuro entre primas y riesgos, teniendo en cuenta que en este seguro la prima anual es constante, mientras que el riesgo va paulatinamente agravándose al aumentar la edad del asegurado.

Al mantenerse las primas constantes durante la vigencia del seguro, se produce una consecuencia doble: las primas de los años iniciales son «excesivas»¹, mientras que las de las últimas anualidades son «deficitarias», lo cual exige del asegurador la retención de dicho exceso de primas para compensar el déficit posterior. El importe de esta retención, suma de las primas de ahorro, constituye la provisión matemática.

Estas reservas han de calcularse póliza a póliza.

B. Provisiones de primas no consumidas

Son aquellas que tienen por objeto hacer frente a los riesgos que permanecen en vigor al cierre contable de un ejercicio económico.

Una entidad que suscribiese todas sus pólizas con vencimiento en 31 de diciembre (a cuyo objeto emitiría en el primer año recibos proporcionales

¹ Exceso que recibe la denominación de «prima de ahorro».

desde la fecha de efecto del contrato hasta el siguiente 31 de diciembre y para años sucesivos emitiría recibos por anualidades completas) se hallaría en condiciones de determinar que, al final de cada ejercicio, cuando efectuase el balance, el resultado del año, sería, en líneas generales, la diferencia entre las primas percibidas y la valoración de los siniestros producidos, más los gastos de administración y producción.

Sin embargo, esta forma de actuación no es habitual en el mercado de seguro; lo normal es que, sea cual fuere el efecto inicial de la póliza, ésta se renueve anualmente, en el mismo día y mes en el que se suscribió, y la aseguradora cobre las primas en los respectivos vencimientos anuales.

Este sistema distribuye uniformemente los ingresos de la empresa a lo largo de todo el año, pero origina la necesidad de constituir al final de cada ejercicio una provisión con que hacer frente a los posibles siniestros que ocurran en el año siguiente y que afecten a pólizas respecto a las cuales ya se ha satisfecho toda la prima de un año. El importe de dicha provisión constituye la provisión de primas no consumidas.

Están constituidas por la fracción de las primas devengadas en el ejercicio que deba imputarse al período comprendido entre la fecha de cierre contable y el término del período de cobertura.

Estas provisiones han de calcularse póliza a póliza, tomando como base las primas de tarifa devengadas en el ejercicio deducido, en su caso, el recargo de seguridad.

La imputación temporal de la prima se realizará de acuerdo con la distribución temporal de la siniestralidad a lo largo del período de cobertura del contrato.

Cuando razonablemente pueda estimarse que la distribución de la siniestralidad es uniforme, la fracción de prima imputable al ejercicio o ejercicios futuros se calculará a prorrata de los días por transcurrir desde la fecha de cierre del ejercicio hasta el vencimiento del contrato.

C. Provisiones de riesgos en curso

Es una provisión complementaria de la de «primas no consumidas», concebida para compensar el posible cálculo insuficiente de las primas aplicadas a un período de cobertura, ya que, en tal supuesto, también la provisión de primas no consumidas resultaría insuficiente para hacer frente a la siniestralidad imputable a dicho período de cobertura.

Se calculará, al menos, para cada ramo según el método global establecido por el Reglamento.

Si durante dos ejercicios consecutivos es necesario dotar dicha provisión, la entidad deberá necesariamente revisar sus bases técnicas para alcanzar la suficiencia de la prima.

2.2. Provisiones de prestaciones

En general, su necesidad se explica al considerar que, cuando un ejercicio económico ha acabado (31 de diciembre), hay determinado número de siniestros que están aún pendientes de liquidación y los pagos indemnizatorios se efectuarán en el año siguiente o en otras anualidades sucesivas. En tal sentido, los aseguradores deben constituir al final del año una reserva equivalente al importe previsto de los siniestros aún no indemnizados.

El cálculo de estas provisiones se efectuará separadamente, por años de ocurrencia de los siniestros, al menos, por cada ramo.

La provisión de prestaciones deberá representar el importe total de las obligaciones pendientes del asegurador derivadas de los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de cierre del ejercicio y será igual a la diferencia entre su coste total estimado o cierto y el conjunto de los importes ya pagado por razón de tales siniestros.

Dicho coste incluirá los gastos tanto externos como internos de gestión y tramitación de los expedientes, cualquiera que sea su origen, producidos y por producir hasta la total liquidación y pago del siniestro. Los recobros o cantidades a recuperar por el ejercicio de las acciones que correspondan al asegurador frente a las personas responsables del siniestro no podrán deducirse en ningún caso del importe de la provisión.

La provisión deberá tener en cuenta todos los factores y circunstancias que influyan en su coste final y será suficiente en todo momento para hacer frente a las obligaciones pendientes a las fechas en que hayan de realizarse los pagos.

La provisión de prestaciones estará integrada por la provisión de prestaciones pendientes de liquidación o pago, la provisión de siniestros pendientes de declaración y la provisión de gastos internos de liquidación de siniestros.

A. Provisión de prestaciones pendientes de liquidación o pago

- Incluirá el importe de todos aquellos siniestros ocurridos antes del cierre del ejercicio y declarados hasta el 31 de enero del año siguiente, o hasta treinta días antes de la formulación de las cuentas anuales, si esta fecha fuera anterior. Forman parte de la misma los gastos de carácter externo inherentes a la liquidación de siniestros y,

en su caso, los intereses de demora y las penalizaciones legalmente establecidas en las que haya incurrido la entidad.

- Cuando la indemnización haya de pagarse en forma de renta, la provisión a constituir se calculará conforme a las normas establecidas para la provisión de seguros de vida.
- La provisión incluirá las participaciones en beneficios y extornos que se hayan asignado a tomadores, asegurados o beneficiarios y que se encuentren pendientes de pago.

B. Provisiones para siniestros pendientes de declaración

También llamadas «reservas IBNR» (*Incurred but not reported*), corresponden a la provisión que ha de constituirse para hacer frente al coste de los siniestros realmente ocurridos en cada ejercicio pero que aún no han sido comunicados a la entidad aseguradora antes del cierre de las cuentas de dicho año.

El cálculo de estas reservas se lleva a cabo con base en la experiencia que, en ejercicios anteriores y para este tipo de siniestros, tenga la propia entidad aseguradora.

La provisión de siniestros pendientes de declaración deberá recoger el importe estimado de los siniestros ocurridos antes del cierre del ejercicio y no incluidos en la provisión de prestaciones pendientes de liquidación o pago.

Únicamente en el caso de que la entidad no disponga de métodos estadísticos para el cálculo de la provisión o los disponibles no sean adecuados, deberá determinarla según el método establecido por el Reglamento de 20.11.98.

Cuando la entidad carezca de la necesaria experiencia, dotará esta provisión aplicando un porcentaje del 5% a la provisión de prestaciones pendientes de liquidación o pago del seguro directo. El porcentaje se elevará al 10% para el coaseguro y el reaseguro aceptado.

C. Provisión de gastos internos de liquidación de siniestros

Esta provisión deberá dotarse por el importe suficiente para afrontar los gastos internos de la entidad necesarios para la total finalización de los siniestros que han de incluirse en la provisión de prestaciones tanto del seguro directo como del reaseguro aceptado.

Para su cuantificación se tendrá en cuenta la relación existente, de acuerdo con los datos de la entidad, entre los gastos internos imputables a las prestaciones y el importe de éstas, considerando la reclasificación de gastos por destino establecida en el plan de contabilidad de las entidades aseguradoras.

D. Provisión de prestaciones en riesgos de manifestación diferida

En los riesgos de responsabilidad civil derivada del ejercicio de una actividad profesional o empresarial; de la producción, comercialización y venta de productos o servicios; de la actuación de las Administraciones públicas; de los daños producidos al medio ambiente; de la actuación de administradores, directores o altos cargos y decenal de la construcción, en los que se dé una manifestación de los siniestros con posterioridad al término del período de cobertura, y en cualesquiera otros riesgos en los que, asimismo, se produzca el diferimiento referido, la provisión de prestaciones estará integrada por:

- La provisión de prestaciones pendientes de liquidación o pago correspondiente a los siniestros ocurridos antes del cierre del ejercicio y declarados hasta el 31 de enero del año siguiente, o hasta treinta días antes de la formulación de las cuentas anuales, si esta fecha fuera anterior.
- La provisión de siniestros pendientes de declaración correspondiente a los siniestros no incluidos el párrafo anterior. Salvo que el importe estimado según lo establecido con carácter general resultare superior, esta provisión se constituirá por un importe igual a la fracción de la prima de riesgo que, de acuerdo con la experiencia de la entidad o la general del mercado, si fuera más fiable, se corresponda en cada momento con el porcentaje de la siniestralidad que se estime pendiente de manifestación o de declaración.
- La provisión de gastos internos de liquidación de siniestros.

2.3. *Provisiones de estabilización*

Ayudan a ampliar el período de tiempo por el que se contratan normalmente los seguros, especialmente en aquellos riesgos en que existen condiciones cíclicas, o sea, en que con una periodicidad superior al año se produce una intensificación en los siniestros. En realidad, aún en los que no tienen este carácter, la experiencia demuestra que en algunos años coincide una acumulación de siniestros por causas de muy diversa naturaleza. Esta acumulación anormal excede de las previsiones a cargo de las provisiones técnicas de riesgos en curso y siniestros pendientes, siendo preciso efectuar otra constitución de capital afecto al posible exceso de siniestralidad que pueda producirse (mayor número de siniestros o mayor coste de los mismos).

Dichas provisiones se constituyen con el importe del recargo de seguridad contenido explícitamente en las bases técnicas.

Necesariamente debe dotarse esta provisión en los ramos de:

- Responsabilidad Civil de riesgos nucleares.
- Responsabilidad Civil en vehículos terrestres automóviles.
- Responsabilidad Civil profesional.
- Responsabilidad Civil productos.
- Seguro de daños a la construcción.
- Multirisgos industriales.
- Seguro de caución.
- Seguros medioambientales.
- Cobertura de riesgos catastróficos.
- Seguros agrarios combinados.

2.4. *Otras provisiones técnicas*

- De participación en beneficios y para extornos.
- Del seguro de decesos.
- Del seguro de enfermedad.
- De desviaciones en las operaciones de capitalización por sorteo.

3. Cobertura de provisiones técnicas (según establece la Ley de 8.11.95 y su Reglamento de 20.11.98)

3.1. *Principios de inversión*

Se deberá efectuar la inversión con arreglo a los principios de congruencia seguridad, liquidez, rentabilidad, dispersión y diversificación.

3.2. *Provisiones a cubrir*

Todas las anteriormente referidas, consecuencia de operaciones de seguro directo y de reaseguro aceptado, sin que sea admisible deducción alguna por cesiones de reaseguro.

3.3. *Bienes de activo aptos para inversión*

A. Tesorería

- Efectivo en Caja, billetes de banco o moneda metálica que se negocien en mercados de divisas de la OCDE.

- Depósitos en entidades de crédito autorizadas para operar por medio de establecimiento en algún estado miembro del espacio económico europeo.
- Cheques de cuentas corrientes.

B. Valores mobiliarios

Valores y derechos negociables de renta fija o variable.

C. Créditos

- Créditos hipotecarios.
- Créditos pignoratícios.
- Créditos o cuotas-parte.
- Créditos garantizados por entidad de crédito o aseguradora.
- Créditos frente a los reaseguradores por su participación en la provisión de prestaciones.
- Depósitos en empresas cedentes por razón de operaciones de reaseguro aceptado.
- Créditos contra la Hacienda Pública por liquidaciones del Impuesto sobre Sociedades.
- Créditos por intereses, rentas y dividendos devengados y no vencidos.
- Recobro de siniestros en los ramos de crédito y caución.

D. Bienes inmuebles y derechos reales inmobiliarios

3.4. Límites de diversificación y dispersión de las inversiones

- A. En un solo inmueble o derecho real: 10% del total de provisiones técnicas.
- B. Caja y cheques: 3% de las provisiones.
- C. Resto de activos:
 - a. Valores o derechos mobiliarios emitidos por la misma empresa: 5%.
 - b. Créditos al mismo prestatario o avalista: 5%.

Notas: — Si la inversión de provisiones técnicas no supera el 40% en este tipo de bienes, el porcentaje sería del 10%.
— Si dichas inversiones son en empresas del grupo, se acumularán. Respetando el 5% y 10% anterior, por cada empresa, los porcentajes finales podrán llegar al 10% y 20%, respectivamente.

— Depósitos en entidades de créditos, valores, derechos mobiliarios, créditos concedidos a o avalados por una sola entidad aseguradora.

- c. Valores o derechos mobiliarios no negociados en mercados regulados: 10% de las provisiones técnicas.
- d. Créditos concedidos a empresas del Espacio Económico Europeo cuyas acciones coticen en mercado regulado en el ámbito de la OCDE: 5% de las provisiones técnicas a cubrir (no más del 1% para un solo deudor).

Nota: No se aplican estos límites a créditos concedidos a entidades de crédito o aseguradoras o avaladas o garantizadas por ellas.

D. No se aplican límites a:

- a. Inversiones en instituciones de inversión colectiva.
- b. Depósitos en cedentes por reaseguro aceptado.
- c. Créditos por la participación de reaseguradoras en la provisión de prestaciones.
- d. Créditos contra la Hacienda Pública por liquidación del Impuesto de Sociedades y por retenciones a cuenta de rendimientos de las inversiones afectas a cobertura de provisiones técnicas y por otros tributos, netos de las obligaciones liquidadas de la entidad con la Hacienda Pública.
- e. Activos financieros emitidos por organizaciones internacionales a las que pertenezcan Estados del EEE, ni, en el mismo ámbito, los emitidos por Estados, Comunidades Autónomas, corporaciones locales o entidades públicas dependientes de aquéllas.

- E. Acciones o participaciones de sociedades, dependientes de aseguradoras, dedicadas en exclusiva a la gestión de activos por cuenta de aseguradoras: se acumularán al valor de cada categoría de activos de los que sea titular la entidad, los activos de dichas sociedades en función del porcentaje de participación

3.5. Cobertura de provisiones técnicas en grupos consolidables

Las provisiones técnicas del conjunto de entidades de un grupo consolidable que resulten de realizar el balance consolidado deberán estar cubiertas, realizando a tal efecto las eliminaciones que procedan, en particular, la eliminación inversión-fondos propios y la de créditos y débitos recípro-

cos, incluyendo en este último caso las provisiones técnicas que se deriven de operaciones de reaseguro cedido y aceptado. Serán de aplicación los límites de dispersión y diversificación legalmente establecidos.

4. Otras provisiones

Representan fondos diversos en su causa y cuantía que no tienen, en general, su origen propiamente en la técnica aseguradora, y que son constituidos por las entidades de seguros para compensar en el futuro desviaciones anormales, o para aumentar la garantía de la empresa frente a sus asegurados o accionistas.

Entre esta clase de provisiones, de las que se tratará en el módulo complementario sobre contabilidad, cabe referirse a las **provisiones de gestión empresarial; para insolvencias; por depreciación de terrenos o de inversiones financieras; y para responsabilidades y gastos.**

En este apartado hay que citar las **provisiones para primas pendientes de cobro** que son aquellas que tienen por objeto hacer frente al riesgo de impago de las primas emitidas que han quedado sin cobrarse al cierre del ejercicio.

Estas últimas estarán constituidas por la parte de las **primas devengadas** en el ejercicio que previsiblemente, y con base en la experiencia de años anteriores de la propia entidad, no vayan a ser cobradas. Su cuantía se determinará minorando dichas primas en el importe de sus comisiones, así como en la **provisión de primas no consumidas** constituida sobre ellas. Hasta la Ley de Seguros de 8.11.95 fueron consideradas como provisiones técnicas.

IV. MARGEN DE SOLVENCIA Y FONDO DE GARANTÍA

1. Concepto de margen de solvencia

La normativa aplicable viene dada por la Ley de Ordenación de 1995 y, principalmente, por su Reglamento de 1998.

El margen de solvencia puede ser definido como el conjunto de recursos constituidos por patrimonio propio no comprometido (coincidente en cierta medida con el patrimonio neto contable), que, como mínimo, deben tener las entidades aseguradoras, «en todo momento», para garantizar económicamente al máximo los compromisos con sus asegurados.

Se trata de patrimonio libre de todo compromiso previsible, no sujeto ni vinculado a obligación alguna y deducidos los elementos inmateriales. Su

cuantía mínima viene legalmente establecida y se calcula en función del volumen de negocio (primas netas de anulaciones) y del de la siniestralidad media de los tres últimos ejercicios sociales, en los ramos de No Vida; y en función de las provisiones de los seguros de vida o de los capitales de riesgo, en el ramo de Vida, salvo en casos especiales de modalidades de Vida en que el cálculo tiene otras bases.

Como su propia denominación indica, representa la solvencia marginal («al margen» de la general y de la exigible técnicamente —provisiones técnicas—) que el asegurador debe poseer para poder hacer frente a situaciones de posible siniestralidad futura, que técnicamente no puedan estar totalmente previstas mediante el correcto cálculo y adecuada cobertura de las provisiones técnicas.

El margen de solvencia incorpora un mayor grado de garantía y solidez al conjunto de medidas que establecen, a largo plazo, el equilibrio técnico-económico del negocio asegurador.

2. Partidas que componen el margen de solvencia

Según la legislación española de seguros, el Patrimonio Propio no Comprometido estará compuesto por la suma algebraica de las siguientes partidas positivas y negativas:

2.1. Partidas positivas

- 1 A. El capital social desembolsado (excluida la parte que corresponda a acciones sin voto si las hubiese) o el fondo mutua. (Apto para fondo de garantía.)
- 2 B. El 50% del capital suscrito pendiente de desembolso, excluida la parte correspondiente a acciones sin voto si las hubiere. (Apto para fondo de garantía.)
- 3 C. La reserva de revalorización, la prima de emisión de acciones y otras reservas patrimoniales. (Apto para fondo de garantía.)
- 4 D. El remanente y las aportaciones no reintegrables de socios que figuren en el pasivo del balance. (Apto para fondo de garantía.)
- 5 E. El saldo acreedor de pérdidas y ganancias, en la parte destinada a incrementar los fondos propios de la entidad. (Apto para fondo de garantía.)
- 6 F. El saldo acreedor del fondo permanente con la casa central, que tengan las sucursales de sociedades extranjeras, no pertenecientes al Espacio Económico Europeo. (Apto para fondo de garantía.)

- 7 G. Las plusvalías por subestimación de elementos de activo aptos para cobertura de provisiones técnicas, o la sobrevaloración de elementos de pasivo, siempre que no sean excepcionales y hayan sido debidamente autorizadas por la Dirección General de Seguros, previa solicitud y justificación al respecto.
- 8 H. El 50% de la derrama pasiva exigible a los mutualistas, con ciertas limitaciones.
- 9 I. En las empresas que operen el ramo de Vida, el 50% de los beneficios futuros, calculados de acuerdo con lo legalmente previsto al efecto.
- 10 J. La parte del capital social correspondiente a las acciones sin voto y las financiaciones subordinadas, hasta un límite máximo del 50% del margen de solvencia. (Apto para fondo de garantía.)
- 11 K. Las financiaciones de duración indeterminada, distintas de las mencionadas en el apartado anterior, si cumplen los requisitos establecidos legalmente. (Apto para fondo de garantía.)
- 12 L. Las comisiones descontadas, técnicamente pendientes de amortizar, con los límites establecidos.

2.2. Partidas negativas (a deducir)

- A. Los gastos de establecimiento, constitución, ampliación de capital y formalización de deudas, activados en el Balance.
- B. El saldo deudor de la cuenta de Pérdidas y Ganancias.
- C. Los resultados negativos de ejercicios anteriores.
- D. Las minusvalías por sobrevaloración de activos o infravaloración de pasivos.

3. Margen de solvencia en grupos consolidables

Los grupos consolidables de entidades aseguradoras deberán disponer como margen de solvencia, de un patrimonio consolidado no comprometido suficiente, en todo momento, para cubrir las exigencias legales de solvencia aplicables al grupo, las cuales tendrán en cuenta las operaciones de seguro y reaseguro realizadas entre las entidades pertenecientes a aquél. Las exigencias legales de solvencia se calcularán de acuerdo con la legislación aplicable de cada país en el que estén domiciliadas las entidades pertenecientes al grupo consolidable.

Las mismas exigencias de solvencia serán aplicables a los subgrupos consolidables de entidades aseguradoras.

4. El fondo de garantía

- 4.1. En la legislación española sobre entidades aseguradoras, el fondo de garantía está constituido por la tercera parte del **margen de solvencia**, no pudiendo ser inferior a ciertas cuantías mínimas predefinidas por la ley en función de los ramos en que operan las entidades, siendo los elementos patrimoniales que lo constituyen aquéllos que, teniendo también aptitud para cubrir el margen de solvencia, gozan de un mayor grado de libre disponibilidad, según se ha indicado al referirse a las partidas aptas para margen de solvencia.
- 4.2. Las cuantías mínimas antes referidas son de 800.000 euros para las entidades que operen en el ramo de vida o realicen actividad exclusivamente reaseguradora, 400.000 euros para las que lo hagan en los ramos de caución, crédito y cualquiera de los que cubran el riesgo de responsabilidad civil, 300.000 euros para las restantes, salvo los ramos de «otros daños en los bienes», «defensa jurídica» y «decesos», que será de 200.000 euros.
- 4.3. No obstante, para las entidades que operen en el ramo de Crédito y caución y cuyo volumen anual de primas o cuotas emitidas en ese ramo para cada uno de los tres últimos ejercicios supere el contravalor en pesetas de 2.500.000 euros o el 4% del importe global de las primas o cuotas emitidas por dicha entidad, el citado fondo de garantía no podrá ser inferior al contravalor en pesetas de 1.400.000 euros.
- 4.4. Para las mutuas con régimen de derrama pasiva y las cooperativas, el fondo de garantía mínimo será de tres cuartas partes del exigido para las restantes entidades de su clase, y estarán exentas de dicho mínimo las mutuas acogidas al mencionada régimen cuando su recaudación anual de primas o cuotas no exceda de 50.000.000 de pesetas para las entidades que operen en el ramo de Vida o en los de Responsabilidad civil, Crédito o caución y de 125.000.000 de pesetas para las que operen en los demás ramos.

V. TÉCNICAS DE DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO: COASEGURO Y REASEGURO

1. Introducción

Se entiende por distribución de riesgos el reparto o dispersión de los mismos que la actividad aseguradora precisa realizar para obtener una com-

pensación estadística, igualando los riesgos que componen la cartera de bienes asegurados. Esta distribución puede llevarse a cabo de dos modos principales: a través del **coaseguro** o del **reaseguro**.

2. El coaseguro

Se da este nombre a la concurrencia de dos o más entidades aseguradoras (coaseguradores) en la cobertura de un mismo riesgo.

Desde un punto de vista técnico, el coaseguro es uno de los sistemas empleados por los aseguradores para homogeneizar cuantitativamente la composición de su cartera, puesto que a través de él sólo participan respecto a determinados riesgos en proporciones técnicamente aconsejables.

Desde un punto de vista jurídico, la ventaja del coaseguro frente al reaseguro, que técnicamente le reportaría la misma utilidad (dispersión o distribución de riesgos) estriba en que en aquél cada coaseguradora sólo responde por la participación que ha asumido, mientras que en el caso del reaseguro el asegurador responde por todo el riesgo, aunque, ocurrido el siniestro, puede recobrar la participación correspondiente de sus reaseguradores.

Administrativamente, el coaseguro puede ser de póliza única, en cuyo caso en la misma póliza firman todos los coaseguradores, fijándose en ella el porcentaje de participación de cada uno sobre el total del riesgo, o de pólizas separadas si cada coasegurador emite su propia póliza, garantizando en ella su participación individual en el riesgo.

Desde un punto de vista comercial, es frecuente que la entidad que consiguió la operación (denominada **abridora**) abone al gestor de la misma la totalidad de la comisión, obteniendo ella otras comisiones de los respectivos coaseguradores a quienes ofrece la participación en el riesgo, a fin de compensar sus gastos de producción.

También es frecuente que sea tal entidad la que se encargue de cobrar todas las primas y de liquidar la totalidad de los siniestros, abonando o cargando, respectivamente, a continuación, las cantidades correspondientes a los demás coaseguradores.

3. El reaseguro

Es otro instrumento técnico del que se sirven las entidades aseguradoras para conseguir la compensación estadística que necesita, igualando u ho-

mogeneizando cuantitativamente los riesgos que componen su cartera de bienes asegurados mediante la cesión de parte de tales riesgos a otras entidades. En tal sentido, el reaseguro sirve para distribuir entre otros aseguradores los excesos de los riesgos de más volumen, permitiendo al asegurador directo (o reasegurado) operar sobre una masa de riesgos aproximadamente iguales, por lo menos si se computa su volumen con el índice de intensidad de siniestros.

Cuando la operación realizada consiste en la transferencia de riesgos de un asegurador directo a un reasegurador, se denomina «cesión», y si el riesgo se transfiere de un reasegurador a otro reasegurador, la operación recibe el nombre de «retrocesión».

También a través del reaseguro se pueden obtener participaciones en el conjunto de riesgos homogéneos de otra empresa y, por lo tanto, multiplicar el número de riesgos iguales de una entidad.

4. Elementos personales del reaseguro

- * **Reasegurador.** Es la entidad que otorga una cobertura de reaseguro, aceptando el riesgo que le transfiere la sociedad cedente.
- * **Reasegurado o cedente.** Se da este nombre a la Entidad aseguradora que tiene un riesgo, o un conjunto de ellos, bajo la cobertura de un contrato de reaseguro.
- * **Retrocesionario.** Recibe esta denominación el reasegurador que acepta el riesgo ofrecido por otro reasegurador.

5. Clases de reaseguro

5.1. *Por razón de su obligatoriedad*

- A. **Reaseguro obligatorio.** Es aquel en el que la entidad cedente se compromete a ceder y el reasegurador se compromete a aceptar determinados riesgos, siempre que se cumplan las condiciones preestablecidas en un contrato suscrito entre ambas partes, denominado tratado de reaseguro.
- B. **Reaseguro facultativo.** Es aquel en que la compañía cedente no se compromete a aceptar determinada clase de riesgos, sino que éstos han de ser comunicados individualmente, estableciéndose para cada caso concreto las condiciones que han de regular la cesión y la aceptación.

- C. **Reaseguro obligatorio-facultativo.** Es un reaseguro mixto, en el sentido de que la compañía cedente no se compromete a ceder, pero el reasegurador sí se obliga a aceptar los riesgos que le sean cedidos por la cedente, siempre que se cumplan determinados requisitos previamente establecidos al efecto en un documento, denominado carta de garantía o **cover**.

5.2. Por razón de su contenido

Según que la entidad reaseguradora participe respecto a la aseguradora directa (cedente) en los riesgos aceptados por ésta o en los siniestros efectivamente producidos, puede hablarse, respectivamente, de reaseguro de riesgos y reaseguro de siniestros.

- A. Entre los **reaseguros de riesgo**, denominados también «reaseguros proporcionales», existen los siguientes:

- a. **Reaseguro cuota-parte** (*Quota-Share Reinsurance*). Es aquel en que el reasegurador participa en una proporción fija en todos los riesgos que sean asumidos por la cedente en determinado ramo o modalidad de seguro.

Si, por ejemplo, existe un reaseguro cuota-parte al 50% en el ramo de incendios, quiere decirse que en todas las pólizas suscritas por la cedente en dicho ramo, al reasegurador corresponderá un 50% de las primas, así como la mitad del importe de los siniestros que afecten a tales pólizas.

- b. **Reaseguro de excedente** (*Surplus Reinsurance*). Es aquel en que el reasegurador participa en una proporción variable en todos los riesgos que sean asumidos por la cedente en determinado ramo o modalidad de seguro. Esta variabilidad depende de la **tabla de plenos** y de la **capacidad del contrato**.

- **Tabla de plenos.** Se da este nombre al cuadro en que se refleja la parte de riesgo que retiene por cuenta propia la compañía cedente respecto a las pólizas que suscriba en un determinado ramo. Esta tabla se determina en función de la peligrosidad intrínseca de los riesgos asegurados. Así, por ejemplo, en el seguro de incendios, una tabla de pleno podría ser la siguiente:

<i>Cuyo tipo de prima esté</i>	<i>Riesgo máximo por cuenta propia de la cedente («pleno de retención»)</i>
— Entre el 0,25% y el 2%	10.000.000 pts.
— Entre el 2,01% y el 5%	8.000.000 pts.
— Entre el 5,01% y el 8%	6.000.000 pts.
— Entre el 8,01% y el 10%	4.000.000 pts.
— Más del 10%	2.000.000 pts.

- **Capacidad del contrato.** Se da este nombre al límite máximo de riesgo que la cedente puede ceder a su reasegurador en un contrato de excedente.

Esta capacidad viene dada por la tabla de plenos antes descrita (pleno de retención o de conservación por cuenta propia de la cedente) y por el número de plenos que acepta el reasegurador, según acuerdo previo.

Un contrato, por ejemplo, de «**20 plenos**» quiere decir que el reasegurador vendrá obligado a aceptar **hasta 20 veces** la conservación (o pleno de retención) que retenga la cedente.

Por supuesto, dicha capacidad es variable, pues depende de cada tipo de riesgo en concreto, ya que para cada grupo de éstos, según se ha indicado, la cedente retiene una cantidad distinta.

- B.** Entre los **reaseguros de siniestros**, llamados también «reaseguros no proporcionales», existen los siguientes:

- a. **Reaseguro de exceso de pérdida** (*Excess of Loss Reinsurance*). Es aquel en que el reasegurador, con relación a determinado ramo o modalidad de seguro, participa en los siniestros de la cedente cuyo importe exceda de una determinada cuantía preestablecida a tal efecto.

Si, por ejemplo, existe un reaseguro sobre el exceso de 5.000.000 de pesetas., quiere decirse que los siniestros que no superen tal importe irán por completo a cargo de la cedente, mientras que el reasegurador pagará el exceso de dicha cantidad en los siniestros que la superen.

- b. **Reaseguro de exceso de siniestralidad** (*Stop Loss Reinsurance*). Es aquel en que la cedente fija el porcentaje máximo de siniestralidad **global** que está dispuesta a soportar en determinado ramo o modalidad de seguro, corriendo a cargo del reasegurador el exceso que se produzca.

Si, por ejemplo, este reaseguro afecta al ramo de Pedrisco y el tope de siniestralidad establecido es del 75% de las primas, quiere decirse que, al final del año, el reasegurador satisfará el importe de siniestralidad conjunta del ramo del indicado porcentaje. Si las primas recaudadas a lo largo del ejercicio son, por ejemplo, 300.000.000 pts., y los siniestros han ascendido a 280.000.000 pts., el reasegurador habrá de satisfacer la siniestralidad que exceda del 75% de las primas; es decir, 55.000.000 pts.

El tipo de prima de este reaseguro se calcula de modo análogo al de exceso de pérdida y su mecánica operativa es también semejante a la de este reaseguro.

6. Otras posibles clasificaciones del reaseguro

- * **Reaseguro aceptado.** Expresión utilizada para denominar la parte del riesgo asumida por el reasegurador.
- * **Reaseguro activo.** Es el reaseguro considerado desde el punto de vista del reasegurador. En este sentido es sinónimo de reaseguro aceptado.
- * **Reaseguro automático.** Es aquel en que el reasegurador asume la parte proporcional de una serie de riesgos por el mero hecho de que éstos hayan sido aceptados originariamente por la cedente, sin establecer exclusiones predeterminadas.
- * **Reaseguro de cantidades.** Es aquel que se estipula en base a los capitales asegurados en las pólizas. Se denomina reaseguro de riesgos para contraponerlo al reaseguro de siniestros o reaseguro de daños, en el que la base de la participación del reasegurador está representada por los siniestros efectivamente producidos.
- * **Reaseguro de catástrofe.** Es aquel que está destinado a proteger a la cedente frente a contingencias anormales producidas por acontecimientos realmente catastróficos que excedan de unas previsiones razonables de siniestralidad.

Si suponemos que una entidad, respecto a su ramo de Accidentes individuales, tiene establecido un reaseguro de excedente, en virtud del cual retiene por propia cuenta hasta 2.000.000 pts., por persona asegurada, el reaseguro de catástrofe está destinado a otorgarle una cobertura complementaria para aquellos casos en que, por poderse producir un cúmulo de riesgos (*v. gr.*, que varios de sus asegurados viajen simultáneamente en el mismo avión), se origine un siniestro a su cargo de importe excesivamente elevado.

Técnicamente, es un reaseguro de exceso de pérdida complementario de otro de excedente o de cuota-parte.

- * **Reaseguro cedido.** Parte del riesgo a cargo del reasegurador.
- * **Reaseguro ciego.** Aquel en que, en aras de una mayor simplificación administrativa y en base a la confianza que el reasegurador tiene en la cedente, ésta no está obligada a comunicar a aquél el detalle de las operaciones que le son cedidas (borderós), sino el conjunto de primas que éstas representen.
- * **Reaseguro de crédito.** Forma especial de reaseguro consistente en la obtención de un crédito por la entidad cedente, a fin de hacer frente al pago de las primas de reaseguro y esencialmente a los importes de siniestros pagados directamente y recobrables, con posterioridad, del reasegurador.
- * **Reaseguro por cuenta común.** Situación que se produce cuando una entidad cedente y su reasegurador (o varios reaseguradores), son a su vez reasegurados por otro reasegurador (retrocesionario).
- * **Reaseguro de daños.** Es aquel en que la base de participación del reasegurador está representada por los siniestros efectivamente producidos. Se denomina también reaseguro de siniestro.
- * **Reaseguro de grupos.** Sistema establecido para agilizar y simplificar los trámites administrativos que hay que efectuar en un tratado de **reaseguro de excedente**, para determinar las sumas retenidas por la cedente y las cedidas al reasegurador.

Esencialmente consiste en una tabla o baremo en que, mediante la comparación de los tipos de prima aplicables a cada clase de riesgo y los capitales asegurados, se determinan diversos grupos de riesgos, para cada uno de los cuales se establece el porcentaje de retención y el de cesión.

Este sistema hace innecesario el uso individualizado —riesgo a riesgo— de la **tabla de plenos**.

- * **Reaseguro mixto.** Es sinónimo de reaseguro facultativo-obligatorio.
- * **Reaseguro pasivo.** Es el reaseguro considerado desde el punto de vista de la cedente. Se denomina también reaseguro cedido.

7. Aspectos contractuales del reaseguro

7.1. De carácter documental

- A. **Contrato de reaseguro.** Es el principal documento que regula y expresa los diferentes derechos y obligaciones contenidos en la relación jurídica que une al cedente con su reasegurador.

Aunque jurídicamente los dos tipos de documentos que a continuación se citan tienen carácter contractual, es práctica generalmente admitida distinguir entre «**contrato**» de reaseguro, cuando la cesión se hace con ánimo de proteger una operación de reaseguro singular para una póliza de seguro concreta, y «**tratado**» de reaseguro (de uso más generalizado) cuando se protege con él una cartera que agrupa un conjunto de riesgos de la misma naturaleza.

- B. **«Bouquet» de contratos.** Término inglés que en reaseguro hace referencia al sistema de colocación de negocio mediante el cual se efectúa una oferta conjunta de distintos tipos de riesgos, que necesariamente han de ser objeto de una aceptación global.
- C. **Cuadro (de reaseguro o coaseguro).** Con este nombre se suele designar al conjunto de entidades que, en virtud de un tratado de reaseguro o contrato de coaseguro, participan —cada una en un porcentaje preestablecido— en la cobertura de un riesgo o conjunto de éstos.
- D. **Carta de cobertura.** Es el documento en el que se establecen las normas que regirán un reaseguro obligatorio-facultativo.
- E. **Borderó.** Se da este nombre al documento que confecciona la cedente para su aceptación por el reasegurador en el que se describe el riesgo cedido y las circunstancias de cesión y aceptación. Mientras que en reaseguro facultativo el borderó se confecciona para cada riesgo y en cada caso, en reaseguro obligatorio los borderós se confeccionan periódicamente, conteniendo las relaciones de riesgos cedidos y aceptados, a tenor del contrato de reaseguro suscrito.

7.2. *Algunas de las cláusulas más frecuentes*

- A. **Cláusula de reciprocidad.** La reciprocidad en reaseguro es la situación que se produce cuando la cesión de riesgos de un asegurador a otro está condicionada a que la entidad cedente vea compensada su posición a través de riesgos que provengan de sus aceptantes.

Es, pues, una compensación en las masas de riesgos mediante un intercambio mutuo de operaciones, respecto a las cuales se procura que tengan homogeneidad en su importe y calidad para evitar desequilibrios técnicos o económicos en cualquiera de las partes que participan en dicho intercambio.

Esta cláusula puede ser aplicada también en el coaseguro.

- B. **Cláusula de reposición o reinstalación de prima.** Se aplica en los reaseguros no proporcionales, y en ella se establece que mediante el

pago de una prima adicional por parte de la cedente, se repone la cuantía de la cobertura consumida por un siniestro.

Para el cálculo de esta prima adicional existen dos métodos:

- a. A prorrata *temporis* y de la cuantía: Proporcional al período de duración del contrato pendiente de transcurrir y al valor del siniestro que ha de reponerse.
- b. A prorrata exclusivamente de la cuantía.

C. Cláusula de Trato más favorable. En virtud de esta estipulación, al incorporarse un nuevo reasegurador (o coasegurador) al cuadro de reaseguro (o coaseguro), se le ofrecen por parte de la entidad aseguradora (o abridora) condiciones análogas —al menos— a las más favorables que tengan los otros miembros del cuadro.

Normalmente, tales condiciones tienen carácter económico y están referidas al tipo de comisiones.

D. Cláusula de errores y omisiones. Mediante ella el error u omisión en que pueda incurrir la cedente en la comunicación de riesgos cedidos al reasegurador no libera de responsabilidad a este último, en caso de siniestro, si el tipo de riesgo afectado estaba incluido en el tratado suscrito.

E. Cláusula de arbitraje. Se utiliza como medio de solventar las posibles diferencias que, sobre la interpretación de los contratos o tratados de reaseguro, puedan surgir entre asegurador y reasegurador.

En virtud de esta cláusula, en caso de discrepancia de criterios, cada una de las partes designa a un árbitro, y entre los dos un tercero, siendo la decisión, que por mayoría tomen los tres, de obligado cumplimiento para las partes.

8. Aspectos económicos del reaseguro

8.1. *Conceptos generales*

A. Responsabilidad del reasegurador. Es la que le incumbe a tenor del tipo de reaseguro estipulado. En ciertos casos, la responsabilidad puede ser limitada (*v. gr.*, algunas modalidades de reaseguro de exceso de pérdida); en otros casos, se fija una responsabilidad máxima, de acuerdo con el número de plenos aceptados por el reasegurador (reaseguro de excedente).

B. Capacidad de contrato. Designa el límite máximo de cobertura de un tratado de reaseguro, normalmente de excedente.

- C. **Pleno.** En la acepción más general, se da este nombre al importe máximo de riesgo que el asegurador conserva por su propia cuenta y a su propio cargo. Recibe también el nombre de pleno de retención o de conservación y retención neta.
- D. **Pleno de aceptación.** Es el capital máximo que acepta a su cargo el reasegurador o el retrocesionario. También recibe el nombre de capital cedido o aceptado.
- E. **Pleno de cesión.** Se denomina así al capital máximo ofrecido por el asegurador al reasegurador.
- F. **Prioridad.** Se da este nombre, en el reaseguro de exceso de pérdida, al importe que en cada siniestro retiene por cuenta propia la entidad cedente; en este sentido es, pues, una franquicia a cargo del asegurador.

8.2. *La cuenta de reaseguro*

Es la establecida entre asegurador y reasegurador y a la que se abonan y cargan los ingresos y pagos que recíprocamente se realizan entre los mismos con ocasión de sus operaciones de cesión y aceptación de riesgos.

Así, en dicho documento contable que proporciona la reaseguradora a sus reaseguradores, se hace constar el volumen de **primas cedidas** en el período cubierto, los **siniestros pagados** y la **comisión de reaseguro** a pagar por los reaseguradores, y si la reserva de primas (**provisiones matemáticas** y de **riesgos en curso**) se establece trimestralmente, como es práctica común, un ajuste de estas reservas, así como los intereses e impuestos generados por las mismas.

La compensación de estas partidas arrojará un saldo a favor o en contra de los reaseguradores, que deberá ser liquidado por la parte afectada en el período de tiempo estipulado en el contrato.

Dentro de una cuenta de reaseguro, y especialmente en los de excedente y cuota-parte, suele distinguirse entre «cuenta corriente» (movimiento de primas, comisiones y siniestros) y «cuenta de reservas» (de riesgos en curso).

Asimismo, conviene indicar que en las operaciones con tratados no proporcionales, se utiliza la denominada «**cuenta de ajuste**», documento contable mediante el cual la reasegurada notifica al reasegurador las primas realmente suscritas y siniestros soportados, sobre el negocio para el cual ha obtenido cobertura.

Sobre dichas primas totales, se aplica la tasa fija o variable (en este último caso, en función de la siniestralidad) estipulada en contrato, siendo el resultado el precio real de la cobertura a percibir por el reasegurador.

No obstante, a este importe hay que deducir las primas abonadas anticipadamente por el reasegurado, en función del sistema estipulado en el contrato.

8.3. *Métodos para la imputación de las primas cedidas en los reaseguros proporcionales*

Suelen utilizarse los dos siguientes métodos operativos para imputar las primas a los tratados:

A. Método de imputación/suscripción. En virtud del mismo se le imputan al reaseguro las primas y los siniestros generados durante el período de vigencia de las pólizas originales cuyos riesgos se ceden.

El reaseguro, en estos caso, garantiza las pólizas cedidas durante toda la duración de las mismas, aunque ésta sobrepase a la del propio contrato de reaseguro. En definitiva, las primas y los siniestros, a efectos de la liquidación de reaseguro, se atribuyen al «año de suscripción» de dichas pólizas, el cual se encuentra amparado en su totalidad por la cobertura del reasegurador.

En este supuesto, si se cancela el contrato de reaseguro, no procede efectuar retirada de cartera de primas, al no liberarse la responsabilidad cuando finaliza un año natural o el período establecido en el contrato, si no coincide con aquél.

B. Método de año de ocurrencia/contable. Mediante este método se le imputan al reaseguro únicamente las primas devengadas y los siniestros ocurridos en el período de su vigencia, y ello con independencia de que la duración de las pólizas cedidas sobrepase o no a la del propio contrato de reaseguro.

8.4. *Cálculo de la prima en el reaseguro de exceso de pérdidas (excess of loss)*

Se utiliza normalmente el método denominado de *Burning Cost*, el cual consiste en comparar las primas recaudadas durante varios años precedentes por la aseguradora directa en el ramo al que vaya a aplicarse la cobertura de reaseguro, con el importe de los siniestros que hubieran sido durante esos mismos años a cargo del reasegurador, caso de haber existido en tales ejercicios una cobertura de reaseguro análoga a la que se pretende aplicar.

8.5. Pago de siniestros. Comisiones e intereses sobre reservas

- A. En la forma de pago de los siniestros merece especial atención el denominado sistema de **«siniestros al contado»** mediante el cual éstos deben ser abonados por el reasegurador en un breve espacio de tiempo, no mayor de 15 días generalmente, desde que el asegurador los liquida al asegurado.

Estos pagos no están sujetos a la regla general de liquidación, normalmente trimestral, y sólo pueden reclamarse cuando su importe sobrepasa la cuantía prevista a tal efecto en el contrato. Su finalidad es que la cedente no vea perjudicada su tesorería por el pago al asegurado de un siniestro cuya valoración sea muy elevada y que no podría ser recobrado de los reaseguradores hasta el envío de las cuentas trimestrales, si no se pactara el sistema de pago al contado.

- B. Las **comisiones de reaseguro** consisten en la retribución económica pagada por el reasegurador a la compañía reasegurada sobre el volumen de primas cedidas. Tiene como finalidad compensar a la cedente de los gastos que ha soportado para captar y administrar los seguros cedidos.

En ese apartado conviene hacer referencia a la denominada **«sobrecomisión»**. Ésta es la retribución que el reasegurador abona a la cedente para compensarle de sus gastos de administración. La sobrecomisión se utiliza, normalmente, cuando los negocios cedidos provienen de otros previamente aceptados en reaseguro por la cedente.

Se denomina «sobrecomisión» para distinguirla de la comisión original satisfecha al asegurador directo por la compañía aceptante, que posteriormente cede los riesgos a otro asegurador.

Usualmente tiene la condición de «fija» y viene representada por un porcentaje sobre las primas cedidas, que vendrá establecido en las condiciones del contrato.

- C. Por último hay que mencionar los **«intereses sobre reservas»** que son los devengados por las sumas que en concepto de reservas de riesgos en curso son retenidas por la cedente, por cuenta del reasegurador.

8.6. Depósitos

- A. Su **clasificación** es:

- a. **De primas.** En los reaseguros proporcionales se establece normalmente que la cedente retiene, en concepto de Depósito, un

porcentaje de las primas cedidas, cuya finalidad es hacer frente a la cobertura de las provisiones técnicas.

Este concepto del depósito de primas no debe confundirse con el de la provisión de riesgos en curso, ya que aunque pueda ser asimilable, la fijación del referido porcentaje tiene una base económica pero no técnica.

En cualquier caso, las retenciones hechas por la cedente deben ser consideradas siempre como «depósito en poder de cedentes» y nunca como provisiones de riesgos en curso.

- b. **De siniestros.** En los contratos de reaseguro proporcionales, puede establecerse que las compañías cedentes efectúen retenciones sobre las primas cedidas para poder hacer frente a los saldos de cuenta corriente.

Estas retenciones, que también deben ser consideradas a efectos contables como «depósitos en poder de cedentes», han de estar previstas en las condiciones del contrato y tienen su fundamento en lo siguiente:

- Que la cedente sólo cargue en cuenta (véase cuenta de reaseguro) el importe de los siniestros liquidados totalmente y que los pendientes, aunque tengan pagos a cuenta, no los considere como siniestros pagados hasta su liquidación definitiva. Por ello, el importe total de las provisiones de siniestros pendientes es retenido en cuenta en concepto de depósito.
- Que la cedente cargue en cuenta los pagos, tanto de siniestros liquidados como pendientes, y que también retenga la provisión como depósito.

En cualquier caso, las retenciones hechas en concepto de provisiones de siniestros pendientes o de depósitos por el mismo concepto, deben ser consideradas totalmente como «depósitos en poder de cedentes por siniestros», ya que la provisión de siniestros pendientes definitiva se constituirá teniendo en cuenta además otros factores.

- B. Su **constitución y devolución** se efectúa, según los casos, del siguiente modo:

- **Depósito sobre primas.** Siempre nace mediante la aplicación de un porcentaje sobre las primas cedidas en el período a que se refiera la cuenta de reaseguro correspondiente.

El proceso normal de un contrato de cuentas trimestrales, es el siguiente:

<i>Constitución</i>	<i>Devolución</i>
Primer trimestre 1980	Primer trimestre 1981
Segundo trimestre 1980	Segundo trimestre 1981
Tercer trimestre 1980	Tercer trimestre 1981
Cuarto trimestre 1980	Cuarto trimestre 1981

Los depósitos suelen estar en poder de las cedentes por un período de un año y la forma de constitución y devolución vendrá fijada en el contrato dependiendo también de los períodos de confección de cuentas establecidos.

- **Depósito sobre siniestros.** Si el contrato prevé retenciones por Provisiones de siniestros pendientes, el proceso es similar al de primas, pudiendo tomar el funcionamiento diferentes formas.

8.7. *Participación en beneficios*

- A. En el ámbito del reaseguro, se llama así a la retribución a pagar por el reasegurador a la cedente sobre los beneficios del contrato. Tiene su base en el hecho de que, como los beneficios de un contrato son atribuibles, en gran parte, a la cuidadosa suscripción de la cedente, es lógico que ésta reciba una recompensa por su labor. El beneficio de un contrato se calcula básicamente comparando pérdidas y gastos habidos frente a primas suscritas.

Es característica su existencia en los reaseguros de riesgos (cuota-parte y excedente). Su porcentaje es muy variable pudiendo oscilar del 10 al 20%, por ejemplo.

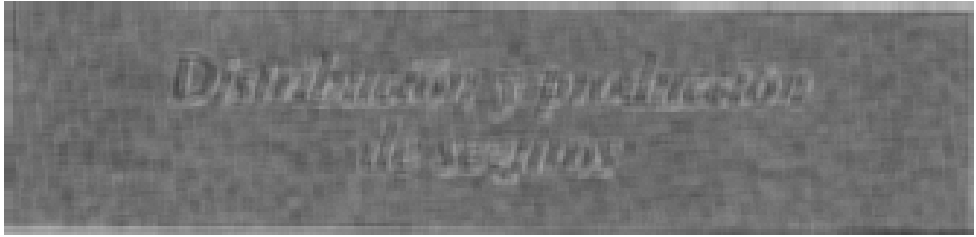
- B. Una de las técnicas utilizadas para determinar la participación en beneficios es la conocida como «**arrastre de pérdidas**», mediante la cual se establece que las pérdidas que pudieran producirse en cada año se incorporarán al siguiente o siguientes, en el estado de cuentas que ha de formalizarse para fijar la referida participación en beneficios, compensándose así las pérdidas y las ganancias de los distintos años hasta establecer, para un período de ellos, un resultado final sobre el cual, si es positivo, girará la participación de la cedente.

Conviene tener presente que como el negocio de reaseguro, por su propia naturaleza, está sometido a considerables fluctuaciones,

podría ocurrir que un reasegurador abonara una participación en beneficios durante un cierto número de años y tuviera en cambio graves pérdidas en otros, con lo cual, a pesar de que el resultado neto del contrato para el reasegurador durante estos años sería de pérdida, habría tenido que pagar una participación en beneficios. Por este motivo se aplica la técnica antes descrita, existiendo varios sistemas para calcular la citada participación:

- a. **Sin arrastre de pérdidas.** La participación de beneficios se aplica al **beneficio anual del contrato**, es decir, considerando el beneficio de cada año separadamente. Es un método inusual dado lo anteriormente indicado.
- b. **Arrastre de pérdidas a tres años.** Por este sistema, el beneficio del contrato se calcula de un modo normal para el año en cuestión y posteriormente se promedia con los resultados obtenidos con los dos años anteriores. La participación en beneficios se calcula, por tanto, sobre el beneficio promedio de tres años. Así, una pérdida sufrida por el contrato en cualquier año será arrasada en el cálculo de la participación de beneficios durante tres años, al cabo de los cuales dejaría de tenerse en cuenta.
- c. **Arrastre a extinción.** En este método, la pérdida existente en un año es arrastrada en la declaración de beneficios al año siguiente y en las de años sucesivos, hasta que queda totalmente extinguida. El reasegurador pagará, en consecuencia, la participación en beneficios sólo cuando los resultados acumulados del contrato arrojen superávit.

Con la cuenta de participación en beneficios coincide, en la mayoría de los casos, la información o «estadística» facilitada por las compañías cedentes resumiendo todos los gastos inherentes al contrato; es decir, primas, gastos, prestaciones y provisiones para riesgos en curso y siniestros pendientes.



I. LA DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS EN GENERAL

1. Concepto de distribución

El fabricante que ha elaborado un producto no ha realizado más que una pequeña parte de su función, ya que después debe tratar de relacionarlo con su posible adquirente: el consumidor. Esta segunda fase es la que puede entenderse como distribución en sentido amplio; en ella el producto cobra una importancia primordial, convirtiéndose en el objeto central de una serie de elementos y acciones que, en coordinación de esfuerzos, tiende al mismo fin: poner en contacto el producto con su posible consumidor.

La distribución es el medio de establecer la *relación fabricante-producto-consumidor*, relación que no finaliza ahí, ya que el comportamiento de la masa de consumidores influye en las posteriores realizaciones del fabricante y en los sistemas de distribución empleados.

Los tres elementos de este circuito que constituye la relación comercial deben estar plenamente coordinados entre sí. El *fabricante* puede actuar con una técnica perfecta; el *producto* resultante puede reunir totales características de eficacia; el *consumidor* puede estar plenamente necesitado del producto y tener capacidad de adquirirlo; pero si no existe una adecuada distribución, el resultado puede ser un fracaso.

2. Canales de distribución

Los sistemas o *canales de distribución* pueden ser varios, sin que deba entenderse que el uso de uno de ellos excluya el de los demás, ya que en

mayor o menor grado todos son compatibles entre sí y la eficacia o acierto del sistema elegido vendrá dada siempre por el mejor o peor resultado conseguido en las ventas, que es la finalidad última de la distribución del producto.

Los canales de distribución pueden ser clasificados en:

2.1. Canal «fabricante-mayorista-detallista-consumidor»

La organización comercial del fabricante coloca sus productos en los mayoristas o almacenistas, que serán los encargados de su distribución entre los detallistas, quienes los harán llegar al público consumidor.

En este sistema, el creador del producto se relaciona solamente con el mayorista o almacenista, que compra los productos en grandes cantidades y se encarga de su colocación en el mercado.

La utilización del mayorista como canal de distribución representa para la empresa fabricante un menor conocimiento de muchos aspectos esenciales referidos al comportamiento y reacción ante su producto del mercado de consumidores. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que el coste de este canal de distribución es elevado.

2.2. Canal «fabricante-detallista-consumidor»

Se prescinde del mayorista, iniciándose la distribución directamente entre los detallistas y de éstos al consumidor.

El fabricante se acerca al consumidor y a sus problemas, viviendo intensamente la distribución del producto. Ello representa mayor complejidad administrativa, financiera y comercial, ya que es preciso trabajar con gran número de detallistas para cubrir adecuadamente las zonas de venta y las relaciones con ellos tienen una continuidad más prolongada por ser preciso mantener abastecidos sus *stocks*, generalmente de reducida capacidad.

2.3. Canal «fabricante-consumidor»

El fabricante distribuye directamente sus productos sin intervención de intermediarios. Este sistema es adaptable a cualquier producto, aunque depende de sus características, las mayores o menores ventajas que se obtengan y la elección del sistema más adecuado. Pueden utilizarse, entre otros, los siguientes *medios*:

A. Venta por correo

Es preciso disponer de direcciones de consumidores potenciales a los que por carta, con tarjeta de respuesta, se les oferta el producto, que en su caso se les servirá contra reembolso. Este sistema implica la presentación del producto de modo gráfico, lo que si bien puede no ser tan perfecto como la oferta verbal, resulta suficiente en determinados productos. La ejecución de la venta por correspondencia supone, para el fabricante, la organización de un complejo servicio para el desarrollo de esta tarea o la utilización de empresas especializadas. Una variedad importante y bastante extendida es la venta mediante catálogos.

B. Venta directa y personal al consumidor

Tiene máxima importancia la estructuración y eficacia de la red de proveedores, que serán los encargados de visitar a los posibles compradores.

C. Establecimiento de locales propios

Es el sistema más completo de distribución directa, lo que no quiere decir que sea el más eficaz ni el más extendido, salvo para productos muy especiales o para grandes almacenes con fabricación propia.

En general, el sistema de distribución directa obliga al fabricante a tener una perfecta organización comercial, con una eficaz red de vendedores y un gran esfuerzo promocional.

El coste de distribución directa es diverso y resulta difícil determinarlo exactamente, salvo la retribución de vendedores, ya que integra una serie de funciones comerciales de cuya actuación se beneficia no sólo el proceso de distribución, sino toda la organización del fabricante.

D. Venta a través de Internet

Es un canal en experimentación en donde las empresas ofrecen sus productos a través de la red Internet. Este medio está adquiriendo día a día más fuerza debido a los grandes avances en las nuevas tecnologías y al cambio de mentalidad que se está produciendo en la sociedad.

3. El producto y su tratamiento comercial

El producto es el objeto que se distribuye y, como tal, es el que servirá de base para la toma de decisiones respecto a cómo y a quiénes distribuirlo. El tratamiento comercial del producto debe atender a los siguientes aspectos:

3.1. *Estudio del mercado*

Debe realizarse previamente para determinar con el máximo margen de posibilidades de acierto las características del producto, sus consumidores potenciales, el sistema óptimo de llegar a ellos y el momento adecuado para el lanzamiento.

3.2. *El sistema de promoción*

De las conclusiones obtenidas en el estudio del mercado y del programa económico se deriva el sistema de promoción o lanzamiento del producto. Un sector fundamental de la promoción es la publicidad, que contribuye de forma importante a la realización eficaz del proceso. Otro sector destacable es la determinación de los estímulos económicos, comisiones o retribuciones que han de recibir los que intervienen en la distribución.

3.3. *Elección de los canales de distribución*

Se relaciona con las características del producto, las conclusiones obtenidas en la investigación realizada sobre consumidores potenciales y el sistema de promoción elegido.

Una vez determinado el canal de distribución, habrá que cuidar muy principalmente de que el abastecimiento a los centros de reparto sea perfecto, para evitar que el consumidor, atraído por la publicidad o promoción realizadas, solicite un producto del que no haya existencia y compre otro análogo de distinto fabricante. Este aspecto, que parece tan simple, afecta a la parte material de la distribución y su defectuosa puesta en práctica ha sido causa del hundimiento de muchos productos, pese a las magníficas campañas de promoción y distribución utilizadas.

4. **El vendedor**

Vendedor es la persona que trata de conseguir que el producto cumpla el fin último para el que fue elaborado: ser adquirido por el público consumidor. En este sentido, todo el personal de un departamento de ventas, desde su máximo responsable hasta el último auxiliar, debe tener la mentalidad de vendedor y todas sus actuaciones deben estar dirigidas, directa o indirectamente, a conseguir la venta. Entre las personas que intervienen en la función citada, es preciso distinguir *tres grandes grupos*.

4.1. *Los vendedores en sentido estricto*

Tienen como función principal la colocación del producto entre el público; es decir, viven la relación directa entre producto y consumo. Para ellos, el proceso de distribución consiste en buscar el máximo número de compradores que adquieran la mayor cantidad de productos y todo ello realizado mediante su intervención directa y personal.

Entre las distintas *clases de vendedores* puede distinguirse:

- A. **El vendedor empleado**, que está vinculado laboralmente a la empresa que fabrica los productos. Su retribución consiste en un sueldo fijo y, normalmente, un porcentaje a título de incentivo sobre los resultados de su actuación. La identificación de este tipo de vendedor, tanto con el producto como con las normas y directrices de la organización comercial del fabricante es total, por lo que es aconsejable para aquellas empresas que realicen de modo directo una parte importante de sus ventas.
- B. **El vendedor representante**, que suele estar vinculado al fabricante a través de un contrato mercantil y su retribución se efectúa casi exclusivamente en base a comisiones sobre las ventas que realice. Tiene mayor autonomía que el vendedor empleado, pero en la práctica esta diferencia es poco apreciable, ya que debe estar sometido a todas las directrices y normas del fabricante y especialmente obligado a gestionar con exclusividad los productos de éste.
- C. **El vendedor libre**, el cual se relaciona con el fabricante a través de un contrato mercantil al igual que el anterior, pero sin exclusividad, gozando por tanto de una autonomía total en su actuación y pudiendo vender los productos de cualquier otro fabricante aunque con alguna salvedad en ciertos casos. La retribución de su labor se basa exclusivamente en las comisiones que obtenga por sus ventas.

Estos dos últimos tipos de vendedores reciben, sobre todo en determinadas actividades, el nombre de agentes. El término, en su acepción legal o reglamentaria, implica ciertos requisitos, normalmente de índole formal, entre ellos el estar adscritos a una corporación profesional o colegio, lo que les da una mayor garantía ante los fabricantes o empresarios a los que prestan sus servicios.

4.2. *Los promotores de ventas*

Normalmente actúan sobre un grupo de vendedores, a los que controlan y dirigen transmitiéndoles las normas de actuación del departamento co-

mercial del fabricante, con el que se encuentran vinculados por contrato laboral. Su misión fundamental es la organización y el fomento de las ventas.

Su retribución se compone, en primer lugar, de un sueldo fijo, dado el carácter laboral de su relación con el empresario, y además un porcentaje sobre el importe de las ventas realizadas en su zona o por los agentes de los que es responsable.

4.3. *Los distribuidores*

Actúan previamente como compradores, para comportarse después como vendedores. Así, los mayoristas y los minoristas adquieren los productos al fabricante, quien les traspassa el riesgo de su venta, aunque en ciertos casos y como excepción, esta compra no se realice en firme sino en depósito. Su retribución viene dada por el margen de ganancia que obtengan de la diferencia entre el precio al que compran y al que venden.

II. EL MERCADO: EN ESPECIAL EL DE SEGUROS

1. **Concepto de mercado**

Semánticamente hablando, mercado es el comercio público de compra o venta. Por traslación, es también el lugar en donde la compraventa se efectúa o el sitio concreto en que se realizan las transacciones.

Sin embargo, la acepción de este concepto que ha adquirido una mayor difusión es la que lo identifica con el conjunto de circunstancias que concurren en un determinado lugar, sector de actuación, conjunto de personas, etc., que motivan la posibilidad de consumo del producto que se ofrece o la utilización del servicio que se presta y el mayor o menor grado de necesidad de tal consumo o utilización.

2. **Clases de mercados en la actividad aseguradora**

2.1. *Por su ámbito territorial*

A. **Mercado rural**

Aquel que se presenta en áreas no urbanas o pueblos de menos de 20.000 habitantes y pequeñas localidades. El hecho más importante de los mercados rurales consiste en la transformación de sus riesgos tradicionales. Hasta hace

unos años, era normalmente grande este sector por el número de personas que comprendía, pero pequeño por las necesidades de seguro de tales personas, la mayoría de las cuales contaba con medios de vida inferiores a los precisos para sentir la necesidad del seguro. En cambio, en el momento actual, quedan muchas menos personas en las áreas rurales, aunque casi todas ellas con ingresos suficientes para sentir la necesidad de cobertura.

B. Mercado suburbano

Aquel que se plantea en núcleos urbanos dependientes o vinculados a grandes ciudades. Constituye éste el mercado del porvenir, aunque esté todavía lejos de producirse en algunos países. La utilización masiva de uno o varios vehículos por familia, las mejores comunicaciones y el deseo de vida más independiente en casas aisladas han de producir la creación de amplios centros suburbanos fuera de las grandes ciudades, en los que se ha de crear un importante mercado de seguros.

C. Mercado urbano

Es aquel que existe en las zonas densamente pobladas. La tendencia de este mercado es de crecimiento, si bien debe señalarse que esa tendencia no es constante y que, al llegarse a un cierto grado y nivel de vida coordinado con la moderna tecnología, aparece el fenómeno contrario.

2.2. Por los aseguradores que operan

En este sentido se puede hablar de:

A. Compañías anónimas y mutualidades

Es bastante frecuente considerar esta clasificación como la más importante del mercado de seguros, aunque en muy pocos países las diferencias entre compañías y mutuas son sustanciales y puede decirse que están ambas entrelazadas en el mercado, sin que su consideración jurídica distinta cree barreras importantes entre ellas.

B. Aseguradores multinacionales, nacionales, regionales y locales

Esta norma de clasificación es más diferenciadora que la anterior. Normalmente las compañías anónimas, salvo las pequeñas especializadas en ramos como los de Enfermedad o Entierro, por ejemplo, operan nacionalmente; en cambio las mutuas actúan normalmente en ámbitos puramente

locales y regionales, aunque haya algunas de ámbito nacional cuya actuación técnica, administrativa y comercial poco se diferencie de las compañías.

C. Aseguradores especializados o compuestos

En algunos países tiene bastante importancia esta diferenciación, que surge en parte de la especialización básica que suele estar exigida por la legislación sobre seguros de vida y seguros diversos.

2.3. Por las características de los riesgos

A. Mercado agrícola

Aunque, en cierto sentido, puede confundirse con el «rural», el agrícola es aquel que está adquiriendo o adquirirá su máximo desarrollo en los sectores del campo sometidos a un alto proceso de concentración e industrialización, tales como grandes explotaciones agrícolas especializadas, esencialmente en zonas de riego, agrupadas en cooperativas para la obtención y comercialización de sus productos.

B. Mercado comercial

Es el que está referido a los seguros de pequeñas empresas. Este mercado tendrá un desarrollo importante y en él se aplicarán las fórmulas de seguros combinados.

C. Mercado industrial

Aquel que se refiere a los seguros contratados por las grandes empresas industriales. En los países sometidos a un importante proceso de capitalización industrial habrá un rápido aumento de todos los seguros de esta naturaleza. Esto ha de motivar el desarrollo de algunas coberturas, como la de responsabilidad civil derivada de productos, al igual que otros seguros complementarios, como el de pérdida de beneficios, rotura de maquinaria, etc.

D. Mercado de riesgos personales

Aquel que está referido a las personas que contratan seguros que les interesan individualmente, como cabezas de familia. Éste es el gran mercado del porvenir, que ha de crecer de modo permanente y rápido durante muchos años y que se ha de beneficiar de la movilización y especialmente de la automoción.

III. LA DISTRIBUCIÓN DEL SEGURO

1. Características propias

La distribución del seguro reúne una serie de características propias que vienen dadas por su misma estructura y naturaleza.

Cuando se vende un bien de consumo, termina la relación comercial; el vendedor percibe un precio y el adquirente puede ya empezar a usar el objeto que ha comprado. Existe el denominado servicio post-venta, pero sólo actúa en caso de funcionamiento anormal del objeto.

En la venta del seguro, es precisamente el suceso anormal lo que hace entrar en juego la contraprestación del vendedor. El comprador pagó una prima a cambio de un posible servicio. La relación contractual se mantiene; la venta del seguro no fue sino su momento inicial. El vendedor de seguros no da por terminada su función al vender la póliza a un cliente; es realmente entonces cuando empieza su labor, que no estriba tan sólo en atender un siniestro, sino en mantener totalmente informado y asesorado a su cliente en sus necesidades de seguridad cuando las circunstancias se alteran. No es un buen vendedor de seguros el que no se preocupa de revisar los capitales asegurados de una póliza que pueden haber quedado desactualizados por la simple erosión monetaria. No cumple la promesa y deber de servicio al cliente el vendedor que no le ofrece coberturas nuevas o más adecuadas a su situación.

El agente de seguros es también un asesor de inestimable ayuda cuando aconseja sobre las coberturas o modalidades que más convienen a la situación del cliente o cuando se preocupa de estudiar los hechos que pueden dañar al objeto asegurado y los perjuicios económicos que de ello pueden derivarse, a fin de señalar a su propietario o usuario el tipo de seguro que precisa.

Para cumplir con esta función de asesoramiento, el agente de seguros debe ser un buen profesional. En cuanto vendedor, tiene como misión buscar compradores de sus productos; como profesional del seguro, debe profundizar más, debe tratar de encontrar el producto adecuado para su cliente.

En general, el agente de seguros obra como intermediario entre la entidad aseguradora y el asegurado.

Ser profesional del seguro requiere un conocimiento de la técnica aseguradora y para ello se precisa una dedicación específica al seguro. Lógicamente esa dedicación exige conseguir una remuneración adecuada que suponga para el agente su fuente principal de ingresos o, al menos, una parte importante de los mismos.

2. La comercialización del seguro

Conviene recordar nuevamente que el seguro puede abarcar situaciones tan diversas y dirigirse a un público tan diferenciado que no pueden establecerse *a priori* ideas rígidas sobre su comercialización. Por otra parte, aquí más que en ningún otro caso, debe hablarse de la existencia de una doble venta, en cuanto que previamente es preciso convencer a los agentes para que ellos, a su vez, sean capaces de influir en el público asegurado.

Sin olvidar estas dos premisas, se expondrán los *tres aspectos* que en esencia componen la comercialización de una modalidad de seguro:

2.1. Estudio del mercado

Las preguntas a contestar con la realización de este estudio son: ¿Qué personas pueden estar interesadas en la modalidad de seguro que se va a ofrecer?; o, dicho de otro modo, ¿qué personas son las expuestas a los riesgos que cubre el tipo de póliza que se va a promocionar? y, una vez determinadas, ¿cómo llegar hasta ellas?

Se obtienen diversas respuestas según los distintos ramos de seguros. En unos casos, se trata de mercados concretos y definidos, como en los seguros agrícolas, con asegurados fácilmente identificables de modo previo; en otros, el mercado de posibles asegurados es más difuso, pues para determinarlo no basta con que las personas estén expuestas a los riesgos que ampara el seguro ofrecido, sino que es preciso que gocen de un cierto nivel económico que les permita pagar la prima correspondiente, como en general ocurre en los seguros que amparan el patrimonio familiar.

Es preciso destacar que en el seguro, más que en el de cualquier otro servicio o producto, existe una marcada diferencia entre los seguros que **se compran** y los que **han de venderse**. El clásico ejemplo del primero serían las pólizas que cubren el riesgo básico de vehículos, pudiendo citarse en el segundo supuesto el seguro de vida. Aparte de otras consecuencias, esta distinción supone que **los compradores** de seguros están facilitando indirectamente datos al asegurador para la confección de un estudio del mercado, con lo cual aún se minimiza más el problema apuntado anteriormente respecto a los mercados difusos o indeterminados.

2.2. Determinación del sistema de promoción

El lanzamiento de un seguro, o más concretamente el de una modalidad específica de seguro, reviste mayores dificultades que el de un bien de con-

sumo. En general, el seguro tiende a la solución de problemas humanos y personales, por lo que es preciso hacerlo llegar al público también de modo personal y humano. Su promoción reviste matices y peculiaridades porque debe tratar de convencer de sus ventajas concretas. Para ello es necesaria la actuación individualizada de los distribuidores de seguros, entendiendo el término en sentido amplio. La *promoción* a realizar *ante los distribuidores* es de gran importancia y podría enfocarse bajo dos ángulos: primeramente, será de información de la modalidad de seguros que deben vender, convenciéndoles de sus ventajas para que ellos puedan convencer a sus clientes; en segundo lugar, será necesario considerar los estímulos económicos o retribución de los distribuidores en relación a los logros conseguidos, mediante comisiones, *rappelles*, etc.

La *promoción ante el público* debe entenderse en la generalidad de los casos como un simple apoyo de la realizada cerca de los distribuidores. Debe estar dirigida como norma general a informar a los posibles asegurados de sus necesidades y de los medios para solucionarlas, allanando el camino para la posterior labor personal del agente.

2.3. Elección de los canales de distribución

La elección de uno u otro canal depende muy principalmente de la política comercial seguida por el asegurador, ya que la misma variedad de posibilidades análogas que se dan y la diversidad de ramos que, aun precisando tratamiento diferenciado, pueden distribuirse conjuntamente, permiten simultanear los diversos canales y utilizar preferentemente cualquiera de ellos en base a las mayores ventajas globales que reporten.

Los distintos tipos de seguros tienen diversos canales de distribución. Sin embargo, al considerar que en la mayoría de los casos se trabajan conjuntamente todos los ramos, la elección del canal adecuado vendrá dada por la política comercial del asegurador, atendiendo por supuesto al mayor volumen de negocio en uno u otro ramo.

Pueden simultanearse todos los canales de distribución descritos, aunque quepa también la dedicación de alguno de ellos a especialidades determinadas. Es el caso del asegurador que actúa en seguros de vida y seguro de automóviles y monta dos organizaciones paralelas para atender ambos ramos.

Al hablar de canales de distribución hay que pensar que, así como el acto de la venta de un producto perfecciona y finaliza prácticamente la relación comercial; en el seguro la suscripción del contrato no hace sino iniciar esa relación. Esto implica que el asegurador, antes de comenzar la venta del seguro en una zona, debe contar en ella con un montaje

administrativo, de mayor o menor envergadura según los ramos en que actúe, para poder prestar a sus clientes un servicio eficaz.

Esto es válido incluso cuando la utilización de grandes equipos electrónicos permite a las entidades ocuparse de modo centralizado de la tramitación administrativa para permitir a los distribuidores concentrarse en el aspecto comercial.

3. Detalle de los sistemas de distribución

En la actividad aseguradora, pueden citarse los siguientes:

3.1. Agente de seguros (o sociedad de agentes de seguros)

Se trata de un profesional del seguro que aporta operaciones de modo exclusivo para un asegurador determinado, salvo pacto en contra. Los agentes vienen a ser la prolongación de la entidad aseguradora.

3.2. Corredor de seguros (o correduría de seguros)

Aún cuando es un elemento fundamental de la distribución del seguro en cuanto institución, no está en realidad integrado en el sistema de distribución de ningún asegurador en particular, ya que la característica principal es su independencia respecto a aquéllos, actuando como mediadores y asesores profesionales independientes. El corredor de seguros está más vinculado a su cliente, ya que no sólo influye en la determinación del seguro que cubra sus necesidades, sino que también influye o decide sobre la entidad aseguradora que debe suscribirlo.

3.3. Distribución directa

Este sistema es inicialmente más costoso, pero una vez amortizado su montaje puede ser eficaz y rentable. Sus principales modalidades son, de mayor a menor importancia, las siguientes:

A. Establecimiento de oficinas propias del asegurador

Tiene, en principio, la ventaja de que permite prestar un servicio rápido y eficaz a los asegurados. Teniendo en cuenta que la prestación de servicio

es cosustancial al seguro, su utilización será más conveniente en los ramos en que tales servicios sean más frecuentes.

La instalación de estas oficinas o sucursales supone ventajas para los agentes que operen en la zona en que aquellas radiquen, al evitarles trabajos administrativos y permitirles dedicar su tiempo a la labor comercial.

Depende de la estructura de cada entidad el grado de autonomía de sus sucursales y caben multitud de variantes. Estas sucursales suelen tener **promotores de organización**, aparte de agentes afectos, aunque éstos sólo gocen de exclusividad territorial cuando son de un núcleo rural, cuya dedicación suele ser parcial, ya que la sucursal les evita multitud de trámites, incluso de tipo comercial, y por tanto su falta de dedicación total no crea problemas de organización a la entidad.

B. Venta directa al público

Pueden incluirse en este apartado algunos sistemas especiales poco frecuentes en nuestro país, como la venta en aeropuertos de pólizas-cupón, distribuidas mediante máquinas automáticas o por personal de la empresa.

C. Venta por correo

Es un sistema que requiere una gran especialización y, en general, poco utilizado. En cambio, puede ser un arma eficaz en el plan de distribución del propio agente, para aumentar su capacidad de producción.

D. Otras formas

Tales como el *telemarketing* (acción de venta por teléfono), el *mega-marketing* (acciones del productor que transforma las preferencias o necesidades del consumidor) y otras que se realizan o están en procesos de desarrollo y experimentación (como la venta a través de Internet, en donde se desarrollan programas que posibilitan obtener información sobre los productos y ofrecen la suscripción electrónica de los contratos de seguros).

4. El inspector de producción de seguros

Es éste uno de los elementos más representativos del proceso de distribución del seguro, cuya complejidad técnica configura al inspector con unas características especiales.

El asegurador realiza su distribución a través de agentes, sin que teóricamente haya límite en cuanto a su número, y al inspector compete aumentar la red de agentes en cuanto sea posible. A esta labor de organiza-

ción debe unirse la profesionalización de los nuevos agentes o su adaptación a las normas específicas del asegurador, aspecto que en general queda encomendado al inspector a través de sus periódicos contactos con aquéllos.

Es también un representante del sector técnico del asegurador, tanto respecto al cliente, pues por sus conocimientos puede completar la función del agente en este aspecto, como respecto al propio asegurador, puesto que por su directo contacto con los clientes y los riesgos puede transmitir la información que sea precisa cuando la complejidad de éstos exijan un nivel elevado de conocimientos.

Finalmente, la función principal del inspector es promover la captación de seguros a través de los agentes mediante la adecuada asistencia a éstos en todos los aspectos.

El inspector de producción está vinculado laboralmente a una entidad de seguros cuya actividad profesional consiste fundamentalmente en la promoción de ventas.

Por razón de las funciones que desarrolla, se diferencia esencialmente del agente en que mientras la misión de éste es la venta del seguro, la del inspector es la organización de las ventas, fomentando la producción a través de la organización de redes de agentes o empleados productores.

Contractualmente, también se diferencia del agente en que mientras que el vínculo que une a éste con la empresa es de carácter mercantil, sometido al código de comercio, el del inspector es de carácter laboral, sujeto a la reglamentación de trabajo.

En cuanto a su forma de retribución, también se diferencia básicamente del agente en cuanto que éste recibe una compensación por sus servicios en forma de comisión, mientras que el inspector suele percibir una cantidad fija (sueldo), sin perjuicio de algunas otras retribuciones complementarias proporcionales a los resultados concretos de su actividad.

Las *funciones básicas* del inspector de seguros son las siguientes:

4.1. *Venta de pólizas*

Esta función puede presentar los siguientes aspectos:

- Ventas directas sin intervención de ningún agente ni asignación de la comisión a ninguna persona.
- Venta por relación directa y exclusiva del inspector con los clientes, pero facilitada por alguna persona relacionada con la empresa, que ha de figurar en la operación de la categoría de agentes.

4.2. *Organización de las redes de agentes*

Ésta es una de las funciones más específicas de los inspectores. Se descompone, a su vez, en:

- **Selección**, buscando en cada localidad o zona la persona adecuada para desempeñar la función de agente.
- **Capacitación**, preparándola en las normas contables y administrativas de la empresa y, sobre todo, en el conocimiento elemental de los ramos del seguro a que se vaya a dedicar.
- **Ayuda inicial**, para la consecución de operaciones, que puede considerarse como capacitación práctica para su labor, frente a la anterior, meramente teórica.
- **Colaboración ocasional**, con un agente ya en pleno funcionamiento, para operaciones especiales por su dificultad, complejidad y otras circunstancias.

4.3. *Enlace entre el agente y la entidad aseguradora*

En este sentido, el inspector lleva a cabo una labor casi de relaciones públicas, atendiendo los problemas y necesidades del agente y trasladando a la entidad aseguradora sus sugerencias y peticiones.

4.4. *Fomento de la producción de los agentes*

Esta función es la más desarrollada en la actualidad, aun cuando el ideal del inspector sea que desempeñe las funciones antes señaladas de capacitación y lanzamiento de agentes y no las de simple tutor permanente de los mismos.

IV. LA MEDIACIÓN Y PRODUCCIÓN EN LOS SEGUROS PRIVADOS

1. **Concepto**

Según la legislación española, se entiende por «mediación en seguros privados» la actividad mercantil de promoción, mediación y asesoramiento preparatoria de la formalización de contratos de seguro entre personas físicas o jurídicas y entidades aseguradoras.

En España esta actividad se encuentra regulada, por la Ley de Mediación en Seguros Privados de 30-4-1992, modificada en algunos aspectos por la Disposición Adicional 7.^a de la Ley de 8.11.95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Desde una perspectiva empresarial, desempeña en esta actividad un papel importantísimo la *Campaña de producción*, considerable como un conjunto de acciones promovidas por una entidad para dar impulso específico a la producción durante un tiempo determinado. Toda campaña debe implicar una coordinación de las actividades y órganos comerciales de la empresa del modo más satisfactorio posible, a fin de lograr un impacto en el mercado que aumente la cifra de ventas e incluso facilite la captación futura de nuevas operaciones.

La campaña de producción, por su extensión territorial, puede ser nacional, regional o local; por su contenido intrínseco, puede estar referida a varios o a un sólo producto (o ramo de seguros), etc.

Muy directamente relacionada con el tema de la «producción» se encuentra la función comercial de la empresa, ya estudiada en el Capítulo 4.

2. Los mediadores de seguros

2.1. Concepto de mediador

Es la persona natural o jurídica que realiza profesionalmente la actividad de mediación de seguros.

2.2. Obligaciones generales de los mediadores

- (A) Los mediadores de seguros privados ofrecerán información veraz y suficiente en la promoción, oferta y suscripción de las pólizas de seguro y, en general, en toda su actividad de asesoramiento.
- (B) Las personas físicas o jurídicas que desempeñen actividad de mediación en seguros privados no podrán imponer directa o indirectamente la celebración de un contrato de seguro.
- (C) El mediador de seguros privados se considerará, en todo caso, depositario de las cantidades que haya percibido por cuenta de la entidad aseguradora.
- (D) Deberán destacar en toda su publicidad y documentación de giro y tráfico mercantil de mediación de seguros privados, las expresiones «corredor de seguros», «correduría de seguros» y «agente de seguros» o «sociedad de agencia de seguros», dependiendo si es persona física o jurídica, respectivamente.

2.3. Clases de mediadores

A. Agentes

Son agentes de seguros las personas físicas o jurídicas que, estando vinculadas a una entidad aseguradora mediante un contrato de agencia, se dedican a la mediación de seguros y a la conservación de la cartera conseguida, mediante las gestiones comerciales y administrativas precisas para la obtención de los contratos de seguro que la integran y su mantenimiento en vigor.

Para celebrar un contrato de agencia con una entidad aseguradora será preciso tener «capacidad legal» para ejercer el comercio en los términos previstos en la legislación mercantil.

Ningún agente podrá estar simultáneamente vinculado por contrato de agencia de seguros con más de una entidad aseguradora, a menos que sea autorizado por la misma para operar con otra entidad aseguradora en determinados ramos, modalidades o contratos de seguros que no practique la entidad autorizante.

La autorización sólo podrá concederse por escrito, en el contrato de agencia o como modificación posterior al mismo, por quien ostente la representación legal, en su condición de administrador de la entidad autorizante, con indicación expresa de la duración de la autorización, entidad aseguradora a la que se refiere y ramos y modalidades de seguro, o clase de operaciones que comprende.

B. Corredores de seguros

Son las personas físicas o jurídicas que, sin mediar contrato de agencia con determinada entidad aseguradora, ejerce su actividad profesional sirviendo de mediador entre éste y los posibles tomadores de seguros.

Para ejercer la actividad de corredor de seguros será preciso obtener la autorización previa de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (en adelante DGS), y para obtener tal autorización deberá cumplir los siguientes requisitos:

- a. Poseer el diploma de «Mediador de seguros titulado».
- b. Contratar seguro de caución o aval bancario a disposición de la DGS.
- c. Contratar un seguro de responsabilidad civil, con suma asegurada en función al volumen de negocio y la clase de riesgos en los que mediará.
- d. Aprobación por parte de la DGS de un programa de actividades, ramos de actuación, clases de riesgos, etc., y, expresamente, programa de formación de empleados o colaboradores que actúen con él.

Entre otras, destacan las siguientes obligaciones:

- a) Los corredores de seguros deberán informar a quien trate de concertar el seguro sobre las condiciones del contrato que a su juicio conviene suscribir, ofreciendo la cobertura que, de acuerdo a su criterio profesional, mejor se adapte a las necesidades de aquél, y velarán por la concurrencia de los requisitos que ha de reunir la póliza para su eficacia y plenitud de efectos.
- b) Igualmente vendrán obligados durante la vigencia del contrato de seguro en que hayan intervenido a facilitar al tomador, al asegurado y al beneficiario de seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento.

2.4. *Otras clases de productores de seguros*

A. Subagentes

Es la persona a quien un agente de seguros designa como *colaborador* suyo en las funciones de producción referidas a la promoción y mediación, no al asesoramiento, en la producción de seguros.

Normalmente, su retribución viene dada por una participación en las comisiones y otros devengos que la entidad aseguradora asigna directamente al agente.

Los subagentes operan bajo la responsabilidad del agente que les designa y no tienen la condición de este último, aunque sí idénticas incompatibilidades.

B. Colaboradores de corredores

Los corredores podrán utilizar los servicios de personas y redes de distribución distintas a las de sus propias oficinas y locales bajo su propia responsabilidad.

C. Empleados de entidades

Podrán, con o sin contrato de agencia, producir seguros a favor de su respectiva entidad, sin que esta actividad pueda alterar la relación laboral derivada del contrato de trabajo. Las pólizas así formalizadas se entenderán realizadas por la entidad en cuestión, a todos los efectos.

2.5. *Competencia administrativa*

Las competencias administrativas concernientes al ejercicio de la profesión de mediador de seguros privados corresponden al Ministerio de Eco-

nomía (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), al que incumbe la vigilancia e inspección de la labor profesional de aquéllos, sin perjuicio de las funciones atribuidas a los colegios y al Consejo General de Mediadores de Seguros Titulados.

Están sujetos a la inspección del Ministerio de Economía, a través de los Servicios de Inspección de la Dirección General de Seguros, quienes ejerzan la actividad de mediación en seguros.

El diploma de «Mediador de seguros titulado» es expedido por la Dirección General antes referida.

Dicho diploma (exigible a los corredores de seguros) debe ser inscrito en el registro que la Dirección General de Seguros debe llevar al efecto.

También se inscribirán en el correspondiente registro de dicho organismo, las sociedades dedicadas a la actividad correduría de seguros.

Por sentencia del Tribunal Constitucional de 18.12.94 se declaró que aquellas Comunidades Autónomas cuyos estatutos reconozcan la competencia en la materia, podrán asumir competencias en el ámbito de la concesión del diploma, acceso, ejercicio y cese de la actividad de correduría de aquellos corredores cuyo domicilio social radique en la comunidad de que se trate y cuyo ámbito de operaciones no sobrepase el territorio la misma.

Por último, conviene indicar que los profesionales de la mediación a los que se les exige la titulación referida pueden estar colegiados para ejercer la profesión, aunque dicha colegiación no es preceptiva.

2.6. Corredor de reaseguros

Es aquella persona física o jurídica que actúa como mediador entre una entidad cedente, aseguradora o reaseguradora, y otra aceptante. No les es aplicable la Ley de Mediación en Seguros Privados.

3. El contrato de agencia de seguros

Se rige por las disposiciones de la Ley de Mediación en Seguros Privados, por las cláusulas que libremente establezcan las partes interesadas y, supletoriamente, por la Ley 12/1992 del 27 de mayo sobre «Contrato de Agencia».

3.1. Concepto

El contrato de agencia de seguros es aquel por el que una persona física o jurídica se compromete, frente a un determinado asegurador, a realizar para éste la función de mediación de seguros.

3.2. *Requisitos*

Para poder celebrar un contrato de agencia con una entidad aseguradora será preciso tener capacidad legal para ejercer el comercio en los términos previstos en la legislación mercantil, ya que los contratos de agencia tendrán siempre carácter mercantil. Se consignarán por escrito y se entenderán celebrados en consideración a las personas contratantes con deber recíproco de lealtad. El contenido del contrato será el que las partes acuerden libremente y se regirá supletoriamente por las normas aplicables al contrato de agencia.

3.3. *Contenido*

El contenido del contrato será el que las partes contratantes acuerden libremente y se regirá, supletoriamente, por las normas generales del contrato de agencia.

En dicho contrato se hará constar normalmente:

- Su duración y, en su caso, plazo de preaviso para su resolución.
- Demarcación de la zona en que desarrollará su actividad el agente, ramos u operaciones en que se le autoriza para intervenir y facultades que se le confieren en orden a la producción de seguros.
- Existencia o no a favor del agente del derecho de exclusiva en la zona y, en su caso, condiciones a que queda sometida la pervivencia de este derecho.
- Remuneración del agente, y forma que revestirá (comisión y/o subvención).
- Derechos del agente en caso de cese o transmisión de cartera cuando la remuneración o parte de ella revista forma distinta de la comisión de primas.
- Causas especiales de extinción del contrato y efectos que producirá en relación con los derechos del agente sobre la cartera.
- Derechos y obligaciones de las partes.

Los agentes de seguros podrán utilizar los servicios de subagentes que colaboren con ellos en la promoción y mediación de seguros, en los términos que se acuerden en el contrato de agencia de seguros. Los subagentes no tendrán la condición de agentes de seguros pero estarán sometidos a idénticas incompatibilidades.

3.4. Régimen de responsabilidad

Sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otra índole, exigible a los agentes, se le imputarán a las entidades aseguradoras con las que hubiera celebrado contrato de agencia las infracciones de la legislación sobre mediación en seguros privados que hubieran cometido dichos agentes.

3.5. Derechos sobre la cartera de contratos

Los agentes no podrán promover la modificación de entidad aseguradora en todo o parte de la cartera de contratos que se hayan celebrado con su intervención. Tampoco podrán llevar a cabo sin consentimiento escrito de la entidad aseguradora, actos de disposición sobre su posición mediadora en dicha cartera.

Los derechos de cartera se transmiten, en caso de fallecimiento del agente, a sus derechohabientes o incluso pueden ser transferidos a un tercero, siempre que la entidad aseguradora consienta dicho traspaso. Se traspasarán derechos y obligaciones del anterior agente siempre en virtud al contrato de agencia que tuviese.

En los supuestos de extinción de contratos, se establecerán los períodos de preaviso, así como las condiciones económicas que, salvo pactos en contra, no excederán nunca del importe medio anual de las remuneraciones percibidas por el agente los últimos cinco años o durante todo el período de duración del contrato, si fuese inferior.

4. La retribución de los mediadores: la comisión

4.1. *Naturaleza y concepto*

Es la forma básica de retribución empleada en las actividades de mediación y producción de seguros.

Consiste en una parte proporcional de las primas conseguidas por los agentes y corredores en su labor comercial directa o a través de su intervención o colaboración.

4.2. *Clases (por orden alfabético)*

- A. **Comisión de administración.** Aquella que se concede a la persona encargada de llevar a cabo los trámites administrativos relacionados con una cartera de pólizas (fundamentalmente, actualización del

condicionado particular de los contratos y tramitación de siniestros).

- B. **Comisión anticipada (o comisión provisional).** Aquella que se concede a la persona que ha conseguido la operación en una fecha anterior al momento en que realmente sería devengable.
- C. **Comisión básica.** Para distinguirla de la comisión complementaria, se da ese nombre a la que constituye la compensación económica fundamental por quien la percibe.
- D. **Comisión sobre beneficios.** Aquella que está basada en el beneficio aportado por una póliza o conjunto de éstas en un período previsto.
- E. **Comisión de cartera (o comisión permanente o sucesiva).** Para distinguirla de la comisión de nueva producción, se da este nombre a la que tiene su origen en la cartera de quien la percibe (pólizas vigentes en años sucesivos). Esta comisión existe mientras tengan vigencia las pólizas suscritas a través de la gestión comercial del agente.

En algunas ocasiones y de modo generalizado en el seguro de vida, para estimular la labor de captación de nuevas operaciones, la comisión de nueva producción (que se abona en el primer año de vigencia de la póliza) es de un porcentaje superior a la de cartera (que se abona a partir del segundo año).

- F. **Comisión de cobranza.** Aquella que se abona en concepto de retribución por sus servicios a quien, sin necesidad de ser el gestor de ciertas operaciones, se encarga del cobro de ellas.
- G. **Comisión complementaria.** Para distinguirla de la comisión básica, se da este nombre a la que constituye una compensación adicional o marginal para quien la percibe.

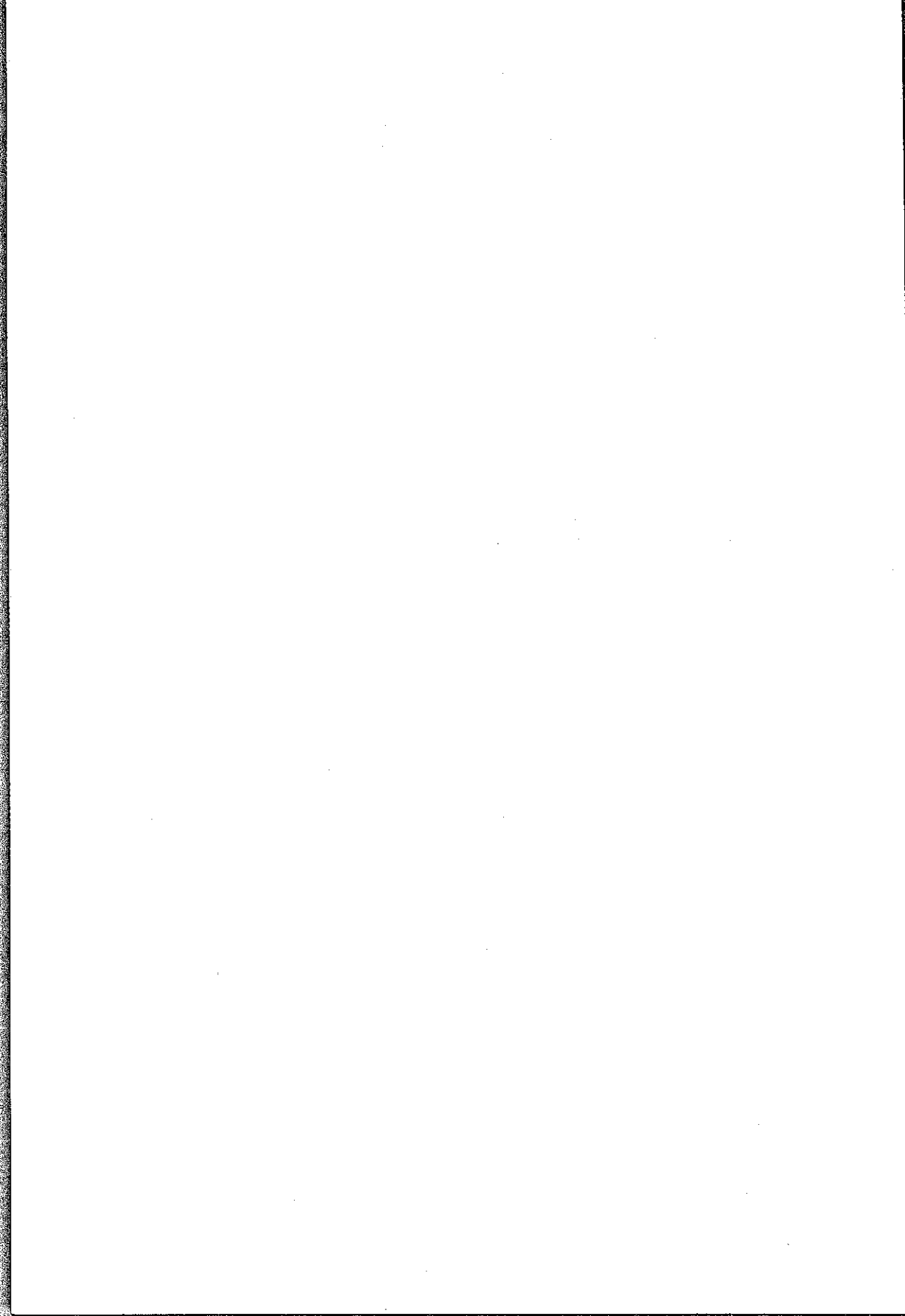
Cabe distinguir entre:

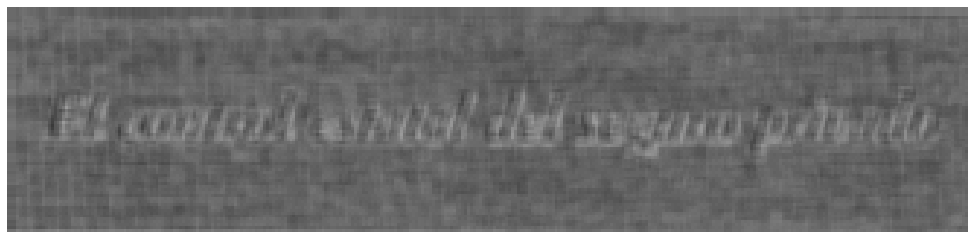
- a. **Participación en incremento de recaudación.** Consistente en un porcentaje sobre el incremento producido en el importe de las primas recaudadas en un ejercicio respecto al precedente.
 - b. **Participación en nueva producción.** Consiste en un porcentaje que se aplica sobre las primas recaudadas en concepto de nueva producción.
- H. **Comisión descontada.** En el seguro de vida, aquella cuyo importe se deduce de la prima total que correspondería a una póliza, a causa de no existir sobre la prima de riesgo recargo por gastos de producción. En este mismo sentido se utiliza a veces la expresión comisión anticipada.

- I. **Comisión escalonada (o comisión variable).** Aquella que, en diferentes períodos, se abona en diversa cuantía, según la concurrencia de determinadas circunstancias imprevistas.

En el ramo de Vida, por ejemplo, el escalonamiento en la comisión se puede reflejar en el sentido de poder ser decreciente en diversos ejercicios sucesivos. En otros ramos o en otros sectores económicos de la actividad aseguradora, el escalonamiento en la comisión puede venir objetivamente impuesto en función de determinados resultados; así puede establecerse para un agente concreto una escala de comisiones que oscile entre el 10 y el 20%, por ejemplo, de la producción a través de él conseguida, si los resultados técnicos de esa cartera oscilan entre unos determinados porcentajes de siniestralidad.

- J. **Comisión fija.** Aquella que, al contrario de la escalonada o variable, tiene un carácter uniforme y permanente, con independencia de otros factores.
- K. **Comisión de gestión.** Aquella cuya razón de ser percibida radica, exclusivamente, en la consecución de la póliza, con independencia de la administración o cobranza de ésta.
- L. **Comisión inicial.** Aquella que, al contrario de la permanente, sólo se percibe el primer año de vigencia de la póliza, desapareciendo en años sucesivos. Puede coexistir con la comisión permanente, en cuyo caso ésta será sobre la cartera y la inicial sobre la nueva producción.
- M. **Comisión de nueva producción.** Para distinguirla de la comisión de cartera, se da ese nombre a la que se percibe exclusivamente durante el primer año de vigencia de la póliza. Generalmente, a fin de estimular la labor de captación de nuevas operaciones, este tipo de comisión suele ser de importe más elevado que la de cartera.





I. INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes históricos, justificación y principios de actuación del control estatal en la actividad aseguradora

1.1. *Antecedentes históricos*

Desde el punto de vista legislativo, la Ordenanza de los Magistrados de Barcelona, de 1484, fue la primera de las numerosas regulaciones que tuvo el seguro en toda Europa. Algunos aspectos importantes de su contenido eran la prohibición del contratar seguros en Barcelona a quien no fuera vasallo del rey, la exigencia de contratar un capital máximo equivalente a las tres cuartas partes, del valor del buque, el pago de la indemnizaciones entre tres y cuatro meses después de declarada la pérdida, o la declaración de pérdida total cuando el buque no hubiera llegado a puerto seis meses después de lo previsto.

Después de las Ordenanzas españolas de Barcelona, Burgos, Bilbao y Sevilla, se dieron en Europa las de Venecia, Florencia y Génova.

Amberes tomó en el siglo XVI el liderazgo asegurador que las ciudades españolas habían tenido hasta el momento y allí se produjeron varias Ordenanzas entre 1563 y 1570. La llamada Ordenanza de Felipe II, de 1570 es la más importante: fue publicada por el Duque de Alba y en ella se regula por primera vez la supervisión del Estado sobre el negocio asegurador. En su virtud se creó la Comisaría de Seguros de Amberes y se reglamentó su organización. En ese mismo año, el Consejo de Brabante, a instancia del Duque de Alba, tomó juramento a Diego González de Gante como primer Comisario de Seguros, con la misión de supervisar todos los contratos de seguros y cuidar que ningún acto relacionado con ellos fuese contrario a las

ordenanzas. Por primera vez en la historia, un comisario de seguros intervenía de forma decisiva los contratos de seguros y el desenvolvimiento general de la institución.

La primera ley inglesa de seguros fue promulgada en el año 1601 y autorizó la creación de un tribunal especial que arbitrara las disputas surgidas en materia de seguros.

La institución aseguradora fue perfeccionándose y muchas modalidades de seguros se hicieron por escrito, comenzando a surgir un cuerpo legal de jurisprudencia relacionado con este tema, aunque todavía faltaban tarifas y clausulados uniformes, solvencia financiera, etc.

A finales del siglo XVIII el Parlamento inglés se vio obligado a promulgar una ley de seguro de vida que exigía como requisito necesario para que el contrato fuese válido que hubiese un interés asegurable. La técnica del seguro de vida se había convertido en una doctrina con contenido científico.

La exigencia de una doctrina legal de seguro, basada en las experiencias obtenidas desde sus inicios, significó el espaldarazo definitivo a esta institución, permitiéndole regirse por unas leyes específicas para cada ramo, recogidas en el primer código uniforme de seguros publicado en Inglaterra en 1789.

A mediados del siglo XIX aparece la primera legislación controlando la actividad de las compañías de seguros en el estado norteamericano de Massachusetts.

En España, las normas legales que históricamente se consideran de mayor importancia respecto del establecimiento y regulación del control sobre el seguro privado son las leyes de Presupuestos de 1893 y 1895, la Instrucción de 1896, el Código de Comercio, que al regular la constitución de las sociedades mercantiles, se refiere también a las de seguros y, especialmente, la Ley de 14-5-1908 que estableció un verdadero sistema de control sobre el seguro privado, el Reglamento del año 1912, la Ley de 16 de diciembre de 1954, la Ley de 2-8-1984 sobre Ordenación del Seguro Privado y su Reglamento de 1-8-1985, y, por último, la Ley vigente de 8.11.95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de 20.11.1998.

1.2. *Justificación del control*

Conviene introducirse en el tema indicando que lo que los asegurados adquieren es una promesa plasmada en un contrato de adhesión, es decir, un conjunto de condiciones hechas solamente por una de las partes, al que la otra presta su conformidad.

En muchos casos, la parte que se adhiere —el asegurado— no conoce muy bien el contrato, sus consecuencias, ni la interpretación de sus cláusulas, por lo que podría suscribir, sin saberlo, un compromiso contrario a sus intereses o, simplemente, no adecuado a sus necesidades.

En la práctica, el contrato de seguro no lo contiene todo; siempre quedan circunstancias no previstas o cláusulas susceptibles de interpretación, donde debe intervenir la buena fe.

Hay, pues, una necesidad real de que el contenido del contrato sea conocido y aprobado por quienes tienen a su cargo el funcionamiento de las instituciones económicas, que de ese modo protegen al público y lo representan ante los profesionales aseguradores.

Cuando alguien adquiere un producto industrial, como un automóvil, recibe algo tangible a cambio de su dinero, algo cuya calidad se puede percibir por medio de la observación y, si es necesario, mediante una prueba.

En cambio, cuando se adquiere un seguro, se da el dinero a cambio de una promesa. Al pagarse por adelantado, el seguro se convierte en un campo propicio a la aventura económica, por lo que es necesario que los asegurados tengan la garantía de que la utilización que se va a hacer de las primas que pagan es correcta en lo que atañe al modo en que son empleados, y de que se va a crear un fondo o reserva que garantice la prestación futura del servicio contratado.

El seguro es un servicio cuyo precio se determina en función de elementos desconocidos en el momento de fijarlo; por lo tanto, existe el riesgo de que sea insuficiente y ponga en peligro la existencia misma de la empresa que presta el servicio, o de que sea excesivo y constituya un fraude.

Por la misma razón, la responsabilidad de que el precio del seguro sea correcto debe recaer en un organismo neutral, cuya situación en la red general de información le permita valorar las tasas de primas que las entidades aseguradoras perciben por su servicio o, al menos, tener algún poder de supervisión y análisis sobre ellas.

También puede decirse que por ser el seguro una actividad muy regulada en todo el mundo, parece lógico que exista un centro u organismo que vele porque las entidades ajusten su actuación a la legislación correspondiente.

A los objetivos ya mencionados de proteger los intereses de los asegurados, beneficiarios y terceros, debe unirse el de la regulación y supervisión del seguro desde el punto de vista de los intereses económicos y sociales de carácter general, que pueden contemplarse desde varias perspectivas:

- A. Coordinación de las inversiones de las empresas de seguros con la política general de la Administración.

- B. Necesidad de impedir la salida de divisas originada por la utilización excesiva de servicios de entidades extranjeras de seguros y reaseguros.
- C. Adopción y ejecución de medidas para establecer y reforzar el mercado nacional de seguros, que es reconocidamente requisito esencial para el logro del desarrollo económico nacional.

1.3. Principios de actuación del control estatal del seguro

La oportunidad y conveniencia de la supervisión oficial de la actividad aseguradora exige que se lleve a cabo en base a los siguientes *principios*:

- A. Fomentar un mercado nacional sólido y eficaz.
- B. Dar prioridad a la supervisión de las operaciones que afecten a los asegurados en general, las que tengan mayor contenido social y las contratadas a largo plazo.
- C. Evitar entorpecer la normal actividad de las entidades de seguros, pues podría recortar o paralizar sus iniciativas comerciales y de gestión, y por esa vía afectar a la eficacia del mercado de seguros.
- D. Extenderse a todas las actividades de las empresas de seguros, y muy especialmente a las que pudieran dar lugar a perjuicios o abusos para con el asegurado, o beneficio excesivo para el asegurador, sin limitarse a aspectos puramente formales.
- E. Conceder a las autoridades de supervisión poderes de intervención suficientes para ejercer eficazmente su cometido.

2. Concepto de control

El control, también denominado «contralor» en algunos países iberoamericanos, puede ser definido como el conjunto de medidas y actuaciones que se plasman en la vigilancia y fiscalización de las entidades aseguradoras llevada a cabo por un organismo de la Administración estatal.

Sintéticamente, puede establecerse que el control se manifiesta en:

- Verificación de que se cumplen los requisitos legales exigidos para el acceso al mercado (autorización previa e inscripción en registros especiales).
- Aplicación de medidas correctoras en situaciones anómalas (medidas cautelares, sanciones, intervención de entidades, etc.).

Dentro de los mecanismos de control, tienen una importancia relevante las actuaciones de inspección *in situ* para comprobar directamente la situación de los sujetos sometidos a control, ejercidas, generalmente, por funcionarios públicos especializados. Tales actuaciones inspectoras se llevan a cabo tanto sobre la situación legal, técnica y económica de una entidad aseguradora, como sobre las condiciones en que ejerce su actividad con carácter general o respecto a situaciones determinadas.

II. LA ORGANIZACIÓN DEL CONTROL

1. Caracteres generales del órgano de control

1.1. *Ubicación administrativa*

En casi todos los países existe un organismo, institución o ente creado *ex profeso* dentro de la Administración del Estado o muy coordinado con ella para desempeñar esta función.

Este organismo debe disponer de independencia acorde con la naturaleza compleja y especializada del sector que maneja, y estar subordinado solamente a poderes del máximo nivel (gobierno o ministerio) que le exijan cometidos determinados.

Dicho organismo recibe diversas denominaciones acordes con la realizada y legislación de cada país, pudiendo llamarse dirección general, superintendencia (término muy utilizado en Iberoamérica), comisaría, etc. A veces se relaciona estrechamente con la banca u otras actividades, y así, hay países donde existe la superintendencia de banca, seguros y financieras, o bien Secretaría de Hacienda y Crédito Público con una comisión de seguros, u otras denominaciones que no alteran la esencia de este organismo aunque lo relacionen con otras actividades de carácter financiero o bancario.

1.2. *Equipamiento*

El organismo de supervisión debe disponer de equipo humano y material adecuado para el cumplimiento de su misión.

Dado el carácter complejo y delicado de los temas que trata, el equipo humano debe ser de especial competencia en aspectos jurídicos, económicos, contables y actuariales. Igualmente, parece deseable que exista continuidad en el desempeño de esta función.

Su personal, con estatus de funcionario público, se debe seleccionar por procedimientos que exijan la posesión de un título académico, conocimientos amplios y profundos en las materias señaladas y un especial capacidad analítica. Debe mantener, además, una permanente actitud receptiva en cuanto a información y conocimientos relacionados con el seguro y, en todo caso, actuar con gran objetividad.

El equipo material tiene importancia variable y depende de las necesidad y características de la supervisión que plantee cada mercado asegurador; sin embargo, su importancia es muy secundaria respecto a la del elemento humano.

Dado el gran número de datos que ha de tratar, parece que debe contar con medios electrónicos de procesamiento de potencia adecuada y personal capacitado para su manejo.

Normalmente, el centro de control tiene una sola oficina en la capital del país, pero puede tener delegaciones o representaciones en otras ciudades en que así convenga.

1.3. *Objetivos*

Sus objetivos generales son los siguientes:

- A. Exigir el cumplimiento de las leyes vigentes en cada momento por parte de quienes intervienen en el mercado asegurador: entidades, agentes, reaseguradores, corredores.
- B. Conocer constantemente la situación económico-financiera de las entidades que actúan en el mercado.
- C. Detectar y corregir las situaciones irregulares y las anomalías que comprometan la solvencia de las entidades.
- D. Procurar que la actuación técnica de las entidades se base en principios actuariales, estadísticos y cálculos correctos.
- E. Elaborar informes y estadísticas que reflejen la situación y constituyan una guía para cuantos trabajan en él.

1.4. *Actividades*

Para cumplir estos objetivos, sus actividades se orientan en las siguientes líneas:

- A. **Análisis de las bases técnicas** del funcionamiento de los aseguradores: tarifas, modelos de pólizas, tipos de contratos, etc.

Este análisis puede ser previo a la utilización de tales instrumentos y servir de base para su autorización o denegación. En los mercados incipientes o poco desarrollados, es normal que el organismo de supervisión exija la autorización previa de las tarifas, contratos y demás instrumentos que vayan a ser utilizados por los aseguradores. A medida que el mercado se desarrolla, las exigencias de este orden siguen una evolución decreciente, al contrario que las de orden económico y financiero, que pasan a ser el principal motivo de información y supervisión.

- B. Análisis de los balances, cuentas de resultados y cobertura de provisiones técnicas** de las entidades aseguradoras. Por este conducto se diagnostica su situación económico-financiera y el acierto de su equipo directivo en la gestión. Lo relativo a rentabilidad de inversiones, crecimiento de primas, estructura de gastos y cobertura de reservas, tiene carácter prioritario en este sentido.
- C. Inspecciones.** El organismo tiene la facultad de realizar inspecciones a los aseguradores cuando lo considere oportuno, sea con carácter periódico o facultativo, a instancias del asegurador o por propia iniciativa. Las inspecciones pueden hacerse sobre una o varias áreas de actuación, o sobre la entidad en su conjunto.
- D. Capacidad coercitiva.** Dispone normalmente de posibilidades de actuación respecto a los aseguradores que, en la mayoría de los casos, van desde la simple recomendación sobre algún aspecto concreto que se ha de mejorar o adaptar al contenido de las leyes, hasta la disolución de la entidad aseguradora. La legislación suele contemplar la posibilidad de sanciones adaptadas a la importancia de la infracción cometida y, finalmente, la disolución o desaparición de la entidad cuando su situación no le permita cumplir los fines para los que fue creada.

2. El órgano de control en España: la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

2.1. *Encuadramiento y fines*

Es el órgano de control de la actividad aseguradora encuadrado en el Ministerio de Economía.

Ejerce materialmente el control indicado, atribuido legalmente al referido Ministerio.

2.2. Competencias

A. Respecto a las entidades aseguradoras:

- Autorización previa inicial para efectuar operaciones.
- Autorización previa de nuevos ramos.
- Autorización de las cesiones de cartera, fusiones, transformaciones, escisiones y agrupaciones de entidades.
- Supervisión de la documentación contractual y técnica que utilicen las entidades.
- Programar o acordar, según el caso, la adopción de determinadas medidas en situaciones anómalas: medidas de control especial (planes de financiación y de rehabilitación, supervisión de operaciones, prohibición de disposición de bienes, suspensión de funciones al Consejo de Administración, etc.) o sanciones (destitución de administradores, revocación de la autorización para operar y disolución de la entidad, etc.).
- Comprobación y análisis de la información estadístico-contable que trimestralmente y anualmente han de remitir a las entidades.

B. Respecto a los mediadores de seguros: agentes y corredores de seguros. Control sobre las personas físicas o jurídicas que realicen dichas actividades, comprobando si se cumplen las condiciones necesarias para su actuación, la obtención del título correspondiente, su inscripción en el Registro Especial que se lleva a tales efectos aplicando, en la medida que corresponda, el régimen disciplinario y de control por inspección previsto por la Ley.

C. Inspección sobre las personas y entidades sometidas a la legislación especial de seguros. De acuerdo con la Ley, se efectuará por los funcionarios pertenecientes al Cuerpo Superior de Inspectores de Seguros del Estado.

D. Resolución de las reclamaciones que pueden formularse contra las personas o entidades sometidas a control, por razón de sus actividades y operaciones específicas.

E. Formalización y custodia de los Registros Especiales de entidades aseguradoras, de altos cargos de entidades, de corredores de seguros, de sociedades de correduría y sus altos cargos, de fondos de pensiones, de entidades gestoras y depositarias de fondos de pensiones, de actuarios de planes y fondos de pensiones y de auditores de planes y fondos de pensiones.

2.3. *Organización interna*

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se articula en las cuatro subdirecciones generales siguientes:

- A. **Subdirección General de Seguros y Política Normativa.** Con funciones relativas a la preparación de proyectos normativos, resolución de reclamaciones y consultas, realización de estudios sectoriales y relaciones con la Unión Europea.
- B. **Subdirección General de Ordenación del Mercado.** Sus funciones más destacadas son:
 - Tramitar los expedientes relativos a inscripciones, ampliaciones de ramos, fusiones, cesiones de cartera, escisiones, transformaciones y agrupaciones transitorias.
 - Controlar la documentación estatutaria, técnica y contractual que utilizan las entidades aseguradoras.
 - Tramitar todas las cuestiones referentes a los mediadores, peritos-tasadores, comisarios y liquidadores de averías.
 - Confección y custodia de los Registros Especiales antes referidos.
- C. **Subdirección General de Inspección.** Su cometido principal es la realización del control por inspección o intervención, la aplicación del régimen sancionador y de las medidas cautelares, así como el análisis y comprobación de la documentación estadístico-contable que periódicamente deben remitir las entidades.
- D. **Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones.** Su función principal es la de tramitar todos los expedientes referentes a planes y fondos de pensiones y los Registros Especiales referidos a esta materia.

3. **Otros organismos españoles relacionados con el control estatal de seguros**

3.1. *Junta Consultiva de Seguros*

Es el órgano asesor del Ministerio de Economía respecto al desarrollo de la industria aseguradora. La preside el Director General de Seguros y está integrada por destacadas personalidades representativas de la Admi-

nistración, asegurados, entidades de seguros, organizaciones sindicales y empresariales, corporaciones y organizaciones relacionadas con el seguro privado y con los consumidores.

3.2. *Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras (CLEA)*

Es un ente público con personalidad jurídica pública, cuya actividad se efectúa en régimen de derecho privado. Fue creada en España por el Real Decreto Ley de 11.6.84 y ha sido modificado su régimen por la Ley de Ordenación de los Seguros Privados de 8.11.95. Tiene por objeto asumir la función de liquidador en los supuestos de liquidación de entidades de seguros intervenidas por el Estado cuando ocurra alguna de las circunstancias siguientes:

- A. Que la entidad acepte como liquidador a la comisión.
- B. Que, acordada la disolución, no existan liquidadores designados de conformidad con los estatutos de la entidad en el plazo de quince días.
- C. Que la entidad no haya nombrado liquidadores en los quince días siguientes a la publicación, en el *Boletín Oficial del Estado*, de la Orden por la que se dispone la disolución de aquélla o se intervenga su liquidación.
- D. Que, según el informe elevado por la Intervención del Estado en la liquidación, resulte que los órganos liquidadores designados por la entidad incumplen reiteradamente sus obligaciones legales o estatutarias, o que la liquidación se encuentra paralizada por causa imputable a aquéllos, todo ello en perjuicio de acreedores y asegurados, así como que, de dicho informe, resulte que el activo es inferior al pasivo, falte la contabilidad o ésta se lleve de forma desordenada en términos que no permitan conocer, con certeza, la situación económica de la entidad.

4. **Consortio de Compensación de Seguros**

Aunque propiamente no es un órgano que tenga encomendadas funciones de control, se considera oportuno hacer referencia al mismo en este apartado dado el importante cometido que desempeña en el mercado de seguros privados y la especial relación que mantiene con la Dirección General de Seguros para el cumplimiento de sus fines.

El Consorcio es una entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Economía, que ajustará su actividad al ordenamiento jurídico privado.

Son variados sus fines y competencias, unas de naturaleza privada y otras públicas, nos remitimos a lo ya comentado sobre este organismo en el capítulo sobre la empresa de seguros.

Su estructura organizativa se compone de un presidente, que es el director general de Seguros y Fondos de Pensiones, y del consejo de administración.

Los servicios centrales del consorcio se estructuran en los siguientes órganos:

- Comité de Dirección.
- Comité de Recursos Humanos.
- Director General.
- Dirección de Operaciones.
- Dirección Financiera.
- Dirección Técnica y de Reaseguro.
- Dirección de la Red de Delegaciones.
- Secretaría General.

III. ALGUNAS MANIFESTACIONES DEL CONTROL SEGÚN LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

1. Condiciones de acceso al mercado

De acuerdo con dicha legislación, las condiciones para acceder al ejercicio de la actividad aseguradora por parte de las entidades que deseen practicarla son, en resumen, las siguientes:

1.1. *Autorización administrativa*

- Las entidades que se propongan realizar operaciones sometidas a la legislación sobre seguros privados deberán obtener la correspondiente autorización del Ministerio de Economía como requisito previo e indispensable para ejercerlas. Dicha autorización se otorgará siempre que se cumplan los requisitos establecidos en la Ley, y se concederá por ramos y a petición de las entidades interesadas, podrá extenderse a todo el territorio español o a otro ámbito menor.

- La autorización será válida para operar en todo el Espacio Económico Europeo salvo cuando el ámbito territorial sea inferior al nacional, sólo se desee cubrir algunos riesgos del ramo autorizado, o se realicen operaciones en riesgos determinados por la ley.
- La solicitud se dirigirá al Ministerio de Economía y se presentará en la Dirección General de Seguros.
- Las entidades con la solicitud de autorización deberán presentar la siguiente documentación:
 - Copia autorizada de la escritura de constitución, debidamente inscrita en el Registro Mercantil o, en su caso, en el Registro de Cooperativas, en la que conste la acreditación de la efectividad de la suscripción y desembolso de, al menos, las cifras mínimas de capital social o fondo mutual establecidas.
 - Relación de socios, con expresión de las participaciones que los mismos ostenten en el capital social o de las aportaciones al fondo mutual, debiendo acompañarse cumplimentado el cuestionario que al efecto establezca el Ministro de Economía referido a las condiciones de idoneidad legales para aquellos socios que posean una participación significativa,
 - Descripción detallada de aquellas relaciones que constituyan vínculos estrechos de acuerdo con lo definido al respecto por la Ley.
 - Programa de actividades que contenga, al menos, las indicaciones y justificaciones previstas en la Ley y el Reglamento.
 - Relación de quienes, bajo cualquier título, lleven la dirección efectiva de la entidad, debiendo acompañarse cumplimentado el cuestionario que al efecto establezca el Ministro de Economía referido a las condiciones de cualificación o experiencia profesionales a que se refiere la Ley.
- La concesión o denegación se harán por Orden motivada que se notificará a los interesados y publicará en el *Boletín Oficial del Estado*. Con dicha Orden se entenderá agotada la vía administrativa, pudiendo interponerse recurso contencioso-administrativo.
- Cuando se trate de delegaciones de entidades extranjeras, la solicitud y documentación que se acompañe debe estar redactada en castellano, si bien podrá estar redactada en el idioma oficial de su país, siempre que se acompañe de traducción jurada al castellano.

1.2. *Inscripción en el Registro Especial*

Las autorizaciones concedidas determinarán la inscripción de la entidad en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras.

Este registro se lleva en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para inscribir en él a las entidades sometidas a dicha legislación.

1.3. *Sujeción a la documentación aprobada y modificación de ésta*

- Las entidades ajustarán su régimen interno a los estatutos, plan de actuación y documentación que les sean aprobados y únicamente podrán practicar operaciones en los ramos y ámbito territorial para los que hayan sido autorizadas.
- Las modificaciones de los extremos a que se refiere este punto se ajustarán a las normas que para cada uno se establece.
 - Las modificaciones de la documentación que hayan servido de base para otorgar la autorización, se notificarán a la Dirección General de Seguros remitiendo, en su caso, certificación íntegra de los acuerdos de los órganos sociales competentes, dentro de los diez días siguientes a la aprobación del acta correspondiente.
 - En el plazo máximo de un mes, a contar desde la fecha de su otorgamiento, se remitirá a la Dirección General de Seguros copia autorizada de la escritura de elevación a públicos de tales acuerdos, cuando ello proceda, acreditándose su presentación en el Registro Mercantil. Una vez inscrita en el mismo, se justificará dicha inscripción en el plazo de un mes desde que se hubiera producido.
 - Las modificaciones de la documentación aportada que determinen que la entidad aseguradora deje de cumplir alguno de los requisitos establecidos en la Ley y en este Reglamento para el otorgamiento de la autorización administrativa darán lugar al inicio del procedimiento administrativo de revocación, sin perjuicio del posible trámite de subsanación prevenido en la Ley.

2. **Actuaciones durante el funcionamiento de las entidades**

2.1. *Criterios generales*

La comprobación de si las entidades aseguradoras, durante su funcionamiento, cumplen con las exigencias legales se lleva a cabo, principal-

mente, mediante el análisis de la documentación estadístico-contable (balances, cuentas de resultados, etc.) que las entidades han de remitir a la Dirección General de Seguros anual y trimestralmente, así como, y de manera muy importante, mediante las actuaciones de inspección, a las que anteriormente se hizo referencia.

Con ambos tipos de actuaciones el órgano de control puede establecer si las entidades de seguros se encuentran o no en situación de poder cumplir la normativa general y la específica que les es aplicable en lo que afecta, principalmente, a las garantías que deben ofrecer a sus asegurados en la prestación del servicio, cumplimiento del margen de solvencia y adecuado cálculo e inversión de las provisiones técnicas.

2.2. *Medidas de control especial*

Si de tales actuaciones se ponen de manifiesto anomalías o irregularidades en el funcionamiento de las entidades, la legislación, entre otras posibles actuaciones, prevé la posibilidad de aplicar alguna o algunas de las denominadas medidas de control especial (antes medidas cautelares), las cuales pueden ser definidas como el conjunto de disposiciones precautorias exigidas o adoptadas por la autoridad de control cuando la situación económico-financiera de una entidad aseguradora hace previsible el incumplimiento de sus obligaciones legales con los asegurados.

A. **Situaciones que justifican su aplicación**

En la legislación española (Ley de 8.11.95) las situaciones que pueden justificar la adopción de las referidas medidas son las siguientes:

- **Pérdidas acumuladas** en cuantía superior al 25% del capital social o fondo mutual desembolsados.
- **Déficit en el cálculo de cada una de las provisiones técnicas**, individualmente consideradas, superior al 5% salvo en la de prestaciones pendientes que será del 15%.
- **Déficit en la cobertura de provisiones técnicas**, superior al 10%.
- **Insuficiencia del margen de solvencia** o que este no alcance el fondo de garantía mínimo.
- **Dificultades financieras o de liquidez** que hayan determinado demora o incumplimiento en los pagos.
- **Imposibilidad manifiesta** de realizar el fin social o paralización de los órganos sociales, de modo que resulte imposible el funcionamiento de la entidad.

- **Situaciones de hecho** que pongan en peligro la solvencia de la entidad, los intereses de los asegurados y el cumplimiento de las obligaciones contraídas.
- **Falta de adecuación de la contabilidad al plan contable de seguros o irregularidad de la contabilidad o administración**, en términos que impidan o dificulten notablemente conocer la verdadera situación patrimonial de la entidad.

B. Clases de medidas de control especial

- Formulación de un **plan de financiación** a corto plazo cuando no se cubra el fondo de garantía.
- Formulación de un **plan de saneamiento** para restablecer la situación financiera, cuando haya déficit en el margen de solvencia.
- Además, en todos los supuestos de adopción de este tipo de medidas y con objeto de salvaguardar los intereses de los asegurados, se podrán adoptar conjunta o separadamente las siguientes **medidas**:
 - **Prohibir la prórroga de los contratos de seguro celebrados.**
 - Exigir un **plan de rehabilitación** con las medidas financieras, administrativas o de otro orden adecuadas para superar la situación planteada.
 - **Suspensión de la contratación de nuevos seguros** o aceptación de reaseguro.
 - **Prohibición, sin autorización previa del órgano de control**, para poder realizar los actos de gestión y disposición que se determinen, distribuir dividendos, derramas activas y retornos, contratar nuevos seguros o admitir nuevos socios.
 - **Prohibir la disposición de determinados bienes.**
 - **Prohibir el ejercicio de la actividad aseguradora en el extranjero.**
 - **Convocar los órganos de administración y gobierno** de la entidad.
 - **Sustituir provisionalmente los órganos de administración** de la entidad.
 - **Ordenar al Consejero Delegado o cargo similar** que dé a conocer a los demás órganos de administración la **resolución administrativa adoptada** y, en su caso, el acta de inspección.
 - **Intervenir la entidad** para garantizar el correcto cumplimiento de las medidas cautelares, sancionadoras u órdenes emanadas de dicho órgano.

3. Actuaciones y situaciones que suponen la salida del mercado asegurador

3.1. Revocación

A. Concepto

Recibe este nombre el acto administrativo que conlleva a la cancelación de la autorización administrativa para el ejercicio de una determinada actividad.

En el ámbito del Derecho español de seguros, la revocación de la autorización para operar es causa de disolución de la entidad afectada.

B. Causas

De acuerdo con la legislación española (Ley de 8.11.95), la revocación de la autorización para efectuar operaciones procederá en los siguientes casos:

- Si la entidad aseguradora renuncia a ella expresamente.
- Cuando la entidad aseguradora no haya iniciado su actividad en el plazo de un año o cese de ejercerla durante un período superior a seis meses. A esta inactividad, por falta de iniciación o cese de ejercicio, se equiparará la falta de efectiva actividad en uno o varios ramos, en los términos que se determinen reglamentariamente, y la cesión general de la cartera en uno o más ramos.
A los efectos anteriores conviene indicar que recibe el nombre de cesión de cartera el acuerdo en virtud del cual una entidad aseguradora (cedente) cede a otra (cesionaria) la totalidad de sus contratos de seguro vigentes (cesión total), o bien sólo los referidos a varios ramos, a uno de éstos o a parte de él (cesión parcial).
- Cuando la entidad aseguradora deje de cumplir alguno de los requisitos establecidos por esta Ley para el otorgamiento de la autorización administrativa o incurra en causa de disolución.
- Cuando no haya podido cumplir, en el plazo fijado, las medidas previstas en un plan de saneamiento o de financiación exigidos a la misma.
- Cuando se haya impuesto a la entidad aseguradora la sanción administrativa de revocación de la autorización.

3.2. *Disolución*

A. **Concepto**

Se denomina así la situación en la que, mediando causa suficiente al efecto y el acuerdo, en su caso, del órgano social o público competente, se deshace el contrato de sociedad y se inicia el período de liquidación del patrimonio social como requisito previo a la posterior extinción de aquélla.

Normalmente la disolución puede ser:

- Cuando es ordenada por disposiciones legales o reglamentarias o como sanción, dentro de las facultades de los organismos públicos que regulan la actuación y funcionamiento de las entidades aseguradoras.
- Cuando se acuerde en Junta General Extraordinaria convocada especialmente a dicho objeto.

En la Junta en que se adopte el acuerdo de disolución, normalmente se designan los liquidadores que han de efectuarla, sus facultades en las operaciones de liquidación y el método a seguir para proceder a la entrega de los asociados o accionistas de los excedentes a su favor, después de haber satisfecho las obligaciones sociales pendientes de pago.

B. **Causas**

En la legislación española se establecen como causas de disolución de las entidades aseguradoras las siguientes:

- La revocación de la autorización administrativa que afecte a todos los ramos en que opera la entidad. No obstante, la revocación no será causa de disolución cuando la propia entidad renuncie a la autorización administrativa y venga únicamente motivada esta renuncia por la modificación de su objeto social para desarrollar una actividad distinta a la de seguros.
- La cesión general de la cartera de contrato de seguros cuando afecte a la totalidad de los ramos en que opera la entidad. Sin embargo, la cesión de cartera no será causa de disolución cuando en la escritura pública de cesión la cedente manifieste la modificación de su objeto social para desarrollar una actividad distinta a la de seguros.

- Haber quedado reducido el número de socios, en las mutuas y cooperativas de seguros y en las mutualidades de previsión social, a una cifra inferior al mínimo legalmente exigible.
- No realizar las derramas pasivas conforme exige la ley.
- Las causas de disolución enumeradas en el artículo 260 de la Ley de Sociedades Anónimas:
 - Por acuerdo de la junta general.
 - Por cumplimiento del término fijado en los estatutos.
 - Por la conclusión de la empresa que constituya su objeto o la imposibilidad manifiesta de realizar el fin social o por la paralización de los órganos sociales, de modo que resulte imposible su funcionamiento.
 - Por consecuencia de pérdidas que dejen reducido el patrimonio a una cantidad inferior a la mitad del capital social, a no ser que éste se aumente o se reduzca en la medida suficiente.
 - Por reducción del capital social por debajo del mínimo legal.
 - Por la fusión o escisión total de la sociedad.
 - Por cualquier otra causa establecida en los estatutos.

Tratándose de mutuas de seguros y de mutualidades de previsión social, las referencias que en este precepto de la Ley de Sociedades Anónimas se hacen a la junta general y al capital social habrán de entenderse hechas a la asamblea general y al fondo mutual, respectivamente. No obstante, a las cooperativas de seguros serán de aplicación las causas de disolución recogidas en su legislación específica.

IV. FACULTADES COERCITIVAS DEL ÓRGANO DE CONTROL

1. Infracciones administrativas

De acuerdo con la legislación española (Ley de 8.11.95 sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados), las infracciones específicas en que pueden incurrir las entidades aseguradoras, por incumplir las normas de ordenación del seguro privado, pueden ser muy graves, graves y leves.

1.1. *Infracciones muy graves*

- A. El ejercicio de **actividades ajenas a su objeto** exclusivo legalmente determinado, salvo que tenga un carácter meramente ocasional o aislado.
- B. La realización de **actos u operaciones prohibidos** por normas de ordenación y supervisión con rango de ley o con incumplimiento de los requisitos establecidos en las mismas, salvo que tenga un carácter meramente ocasional o aislado.
- C. El **defecto en el margen de solvencia** en cuantía superior al 5 % del importe correspondiente y cualquier insuficiencia en el fondo de garantía.
- D. El **defecto en el cálculo** o la insuficiencia de las **inversiones** para cobertura de las **provisiones técnicas** en cuantía superior al 10 %.
- E. El **carecer** de la **contabilidad** exigida legalmente o llevarla con anomalías sustanciales que impidan o dificulten notablemente conocer la situación económica patrimonial y financiera de la entidad, así como el incumplimiento de la obligación de someter sus cuentas anuales a auditoría de cuentas conforme a la legislación vigente.
- F. La adquisición o incremento de **participación significativa** en una entidad aseguradora incumpliendo lo dispuesto a tal efecto en la ley.
- G. **Poner en peligro la gestión** sana y prudente de una entidad aseguradora mediante la **influencia** ejercida por el titular de una **participación significativa**, según lo previsto en la ley.
- H. La realización de **prácticas abusivas**, distintas de las tipificadas como infracciones administrativas en la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, que perjudiquen el derecho de los asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o de otras entidades aseguradoras.
- I. La **cesión de cartera**, la **transformación**, **fusión** y **escisión** de entidades aseguradoras **sin** la preceptiva **autorización** o, cuando fuera otorgada, sin ajustarse a la misma.
- J. El **incumplimiento de las medidas de control especial** adoptadas por la Dirección General de Seguros.
- K. El **reiterado incumplimiento** de los acuerdos o **resoluciones** emanados de la Dirección General de Seguros.
- L. La **falta de remisión** a la Dirección General de Seguros de cuantos **datos o documentos** deba suministrarle la entidad aseguradora, ya

mediante su presentación periódica, ya mediante la atención de requerimientos individualizados que le dirija la citada Dirección General en ejercicio de sus funciones, o la falta de veracidad en los mismos, cuando con ello se dificulte la apreciación de la solvencia de la entidad aseguradora. Se entenderá que hay falta de remisión cuando la misma no se produzca dentro del plazo concedido al efecto por la Dirección General de Seguros al recordar por escrito la obligación de presentación periódica o reiterar el requerimiento individualizado.

- M. La excusa, negativa o **resistencia a la actuación inspectora**, siempre que medie requerimiento expreso y por escrito al respecto.
- N. **Retener** indebidamente, no ingresándolas dentro del plazo, los **recargos** recaudados a favor del **Consortio** de Compensación de Seguros.
- Ñ. El **incumplimiento** del deber de **veracidad informativa** debida a sus socios, a los asegurados y al público en general, siempre que, por el número de afectados o por la importancia de la información, tal incumplimiento pueda estimarse como especialmente relevante.
- O. La realización de **actos fraudulentos o de negocios simulados** o la utilización de personas físicas o jurídicas interpuestas con la finalidad de conseguir un resultado cuya obtención directa implicaría la comisión de, al menos, una infracción grave.
- P. Las **infracciones graves**, cuando durante los **cinco años anteriores** a su comisión hubiera sido impuesta a la entidad aseguradora sanción firme por infracción grave tipificada en la ley.

1.2. *Infracciones graves*

- A. El **ejercicio** meramente **ocasional** o aislado de **actividades ajenas a su objeto** exclusivo legalmente determinado.
- B. La **realización** meramente **ocasional o aislada** de actos u **operaciones prohibidos** por normas de ordenación y supervisión con rango de Ley, o con incumplimiento de los requisitos establecidos en las mismas.
- C. El **defecto** en el **margen de solvencia** en cuantía inferior al 5 % del importe correspondiente.
- D. El **defecto** en el **cálculo** o la insuficiencia de las inversiones para cobertura de las provisiones técnicas en cuantía superior al 5 %, pero inferior al 10 %.

- E. El **incumplimiento** de las **normas** vigentes sobre **contabilización** de operaciones, formulación de balances y cuentas de pérdidas y ganancias, siempre que no constituya infracción muy grave, así como las relativas a la elaboración de los estados financieros de obligada comunicación a la Dirección General de Seguros.
- F. La **ausencia de notificaciones e informaciones preceptivas** a la Dirección General de Seguros, así como el incumplimiento de la puesta a disposición de la documentación exigida por normas de ordenación y supervisión con rango de Ley, siempre que **no constituya infracción muy grave**.
- G. La **desatención del requerimiento** o prohibición acordados por la Dirección General de Seguros para la **no utilización de pólizas o tarifas** cuando éstas no se acomoden a lo establecido en la Ley.
- H. El **incumplimiento** por la entidad aseguradora de las **normas imperativas** contenidas en la **Ley de Contrato** de Seguro, cuando tal conducta tenga un **carácter repetitivo**. A estos efectos se entiende que la conducta tiene carácter repetitivo cuando durante los dos años anteriores a su comisión se hubieran desatendido diez o más requerimientos a los que hace referencia la letra b) de las infracciones leves.
- I. **No facilitar** a la Dirección General de Seguros la documentación e **información** necesarias, en los plazos y forma determinados reglamentariamente, para permitir la llevanza actualizada de los **Registros administrativos** regulados en la Ley.
- J. En los supuestos de entidades aseguradoras en liquidación, el **incumplimiento** por los **liquidadores** de las **obligaciones** que les impone la Ley, así como el incumplimiento injustificado por quienes desempeñaron cargos de administración o dirección en los cinco años anteriores a la fecha de disolución, de su obligación de colaborar con los liquidadores en los actos de liquidación que se relacionen con operaciones del período en que aquéllos ostentaron tales cargos.
- K. El **incumplimiento** meramente **ocasional** o aislado de los acuerdos o **resoluciones** emanados de la **Dirección General** de Seguros.
- L. La **falta de remisión** a la **Dirección General** de Seguros de cuantos **datos o documentos** deba suministrarle la entidad aseguradora, ya mediante su presencia periódica, ya mediante la atención de requerimientos individualizados que le dirija la citada Dirección General en el ejercicio de sus funciones, así como la **falta de veracidad en los mismos**, salvo que ello suponga la comisión de una infracción muy grave. Se entenderá que hay falta de remisión cuando la

misma no se produzca dentro del plazo fijado en las normas reguladores de la presentación periódica o del plazo concedido al efecto al formular el requerimiento individualizado.

- M. La excusa, negativa o **resistencia** a la **actuación inspectora**, cuando **no** constituya **infracción muy grave**.
- N. **No recaudar** en la **forma y plazo** procedentes, hacerlo indebidamente de modo insuficiente y, en general, incumplir sus obligaciones de recaudación obligatoria de los **recargos** legalmente exigibles a favor del **Consortio** de Compensación de Seguros.
- Ñ. El **incumplimiento del deber de veracidad informativa** debida a sus socios, a los asegurados o al público en general, cuando **no** concurren las circunstancias a que se refiere la letra ñ) de las **infracciones muy graves**, así como la realización de cualesquiera actos u operaciones con incumplimiento de las normas reguladoras de la publicidad y deber de información de las entidades aseguradoras.
- O. La **realización de actos fraudulentos** o negocios simulados o la utilización de personas físicas o jurídicas interpuestas con la finalidad de conseguir un resultado contrario a las normas de ordenación y supervisión con rango de Ley, siempre que tal conducta **no** esté **comprendida** en la letra o) de las **infracciones muy graves**.
- P. Las **infracciones leves**, cuando durante los dos años anteriores a su comisión hubiera sido impuesta a la entidad aseguradora sanción firme por cualquier infracción leve.

1.3. *Infracciones leves*

Tendrán tal consideración:

- A. El **defecto** en el **cálculo** o la insuficiencia de las **inversiones** para cobertura de las **provisiones técnicas** en cuantía inferior al 5 %.
- B. El **incumplimiento** por la entidad aseguradora de las **normas imperativas** contenidas en la **Ley de Contrato de Seguro**, si no atendiera en el plazo de un mes el requerimiento que al efecto le formule la Dirección General de Seguros cuando entendiere fundada la reclamación de los interesados.
- C. En general, los **incumplimientos** de los **preceptos de obligada observancia** para las entidades aseguradoras comprendidos en normas de ordenación y supervisión de los seguros privados con rango de Ley siempre que **no** constituyan **infracción grave o muy grave** conforme a lo referido anteriormente.

2. Sanciones

2.1. A las entidades

A. Por la comisión de **infracciones muy graves** se impondrá, en todo caso, una de las siguientes sanciones:

- a) **Revocación de la autorización** administrativa.
- b) **Suspensión de la autorización** administrativa para operar en uno o varios ramos en los que esté autorizada la entidad aseguradora, por un período no superior a diez años ni inferior a cinco.
- c) Dar **publicidad a la conducta** constitutiva de la infracción muy grave.
- d) **Multa** por importe de hasta el 1 % de sus fondos propios, o desde 25.000.000 hasta 50.000.000 de pesetas si aquel porcentaje fuera inferior a 25.000.000.

No obstante lo indicado en el párrafo anterior, en el caso de imposición de las sanciones previstas en las letras a'), b') y d') del mismo podrá imponerse simultáneamente la sanción prevista en su letra c').

B. Por la comisión de **infracciones graves** se impondrá una de las siguientes sanciones:

- a) **Suspensión de la autorización** administrativa para operar en uno o varios ramos en un período de hasta cinco años.
- b) Dar **publicidad a la conducta** constitutiva de la infracción grave.
- c) **Multa** por importe desde 5.000.000 hasta 25.000.000 de pesetas.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, en el caso de imposición de las sanciones previstas en las letras a') y c') del mismo podrá imponerse simultáneamente la sanción prevista en su letra b').

C. Por la comisión de **infracciones leves**:

- a) **Amonestación** privada.
- b) **Multa** por importe de hasta 5.000.000 de pesetas.

2.2. A los administradores y directores

- A. Además de la sanción que corresponda imponer a la entidad por la comisión de **infracciones muy graves** se impondrá una de las siguientes sanciones a quienes ejerciendo cargos de administración o dirección en la misma sean responsables de la infracción:
- Multa** a cada uno de ellos por importe no superior a 15.000.000 de pesetas.
 - Suspensión temporal** en el ejercicio del cargo por plazo no inferior a un año y no superior a cinco años.
 - Separación del cargo**, con inhabilitación para ejercer cargos de administración o dirección en cualquier entidad por un plazo máximo de diez años.

En el caso de imposición de cualquiera de la sanción relativa a «separación del cargo» podrá imponerse simultáneamente la sanción de multa referida.

- B. Además de la sanción que corresponda imponer a la entidad, por la comisión de **infracciones graves** se impondrá una de las siguientes sanciones a quienes ejerciendo cargos de administración o dirección en la misma sean responsables de la infracción:
- Amonestación privada.**
 - Amonestación pública.**
 - Multa** a cada uno de ellos por importe no superior a 7.500.000 de pesetas.
 - Suspensión temporal** en el ejercicio del cargo por plazo no superior a un año.

En el caso de imposición de la sanción «suspensión temporal» podrá imponerse simultáneamente la sanción de multa antedicha.

3. Prescripción de las infracciones y sanciones

3.1. Infracciones

- Las infracciones muy graves y las graves prescribirán a los **cinco años**, y las leves a los **dos años**.
- En ambos casos el **plazo** de prescripción se contará desde el día en que la infracción hubiera sido cometida. En las infracciones derivadas de una actividad continuada, la fecha inicial del cómputo

será la de finalización de la actividad o la del último acto con que el que la infracción se consume.

- C. La prescripción **se interrumpirá** por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, volviendo a correr el plazo si el expediente permaneciera paralizado más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

3.2. Sanciones

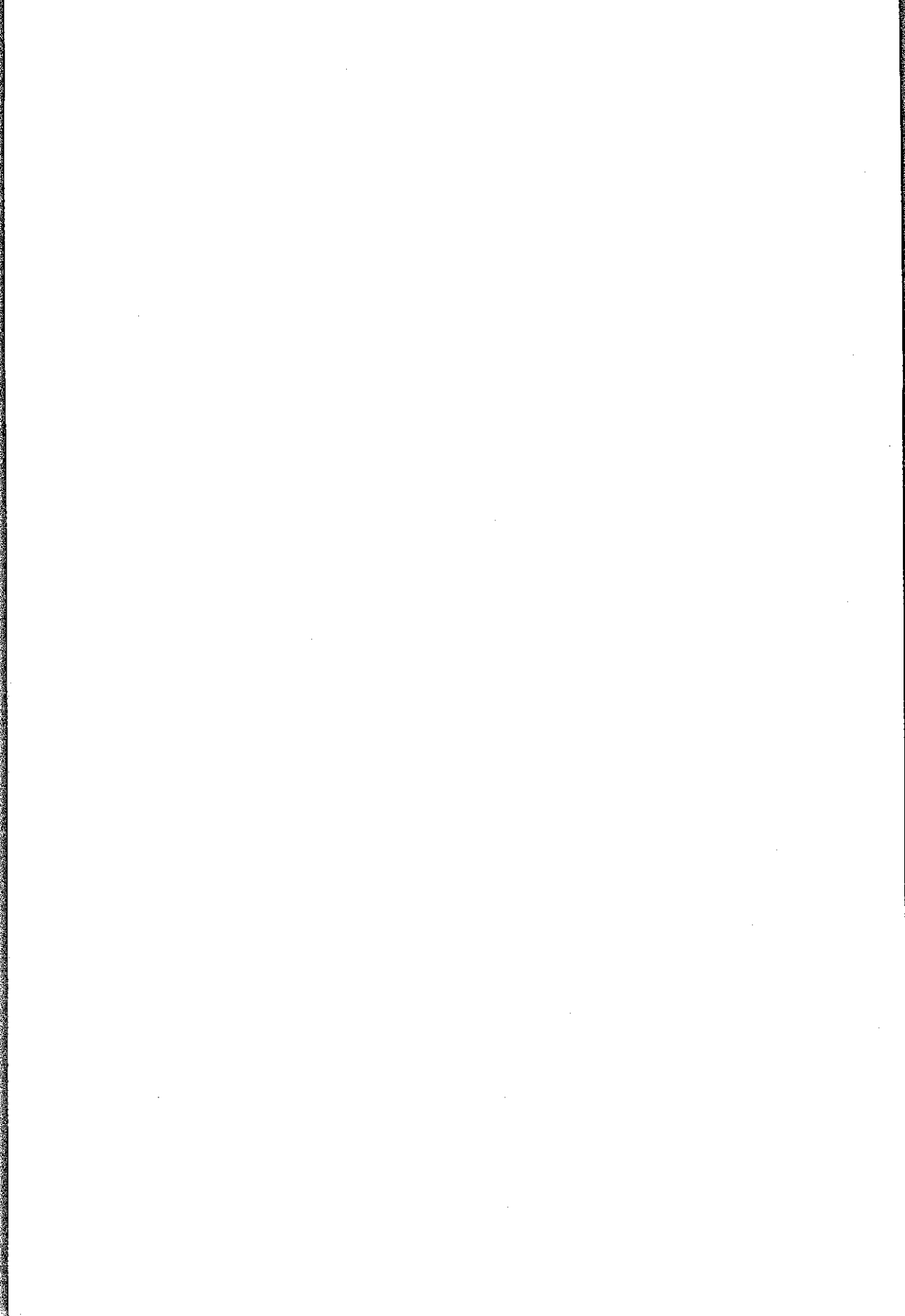
- A. Las sanciones por infracciones muy graves y graves prescribirán a los **cinco años**, y las sanciones por infracciones leves lo harán a los **dos años**.
- B. El **plazo** de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquél en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción o, en su caso, desde el quebrantamiento de la sanción impuesta, si ésta hubiese comenzado a cumplirse.

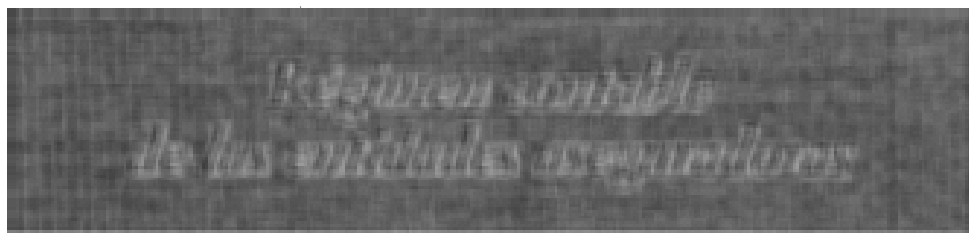
Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, de la ejecución de la sanción, volviendo a transcurrir el plazo si dicha ejecución está paralizada durante más de un mes por causa no imputable al infractor.

4. Órganos con capacidad instructora y sancionadora

La competencia para la instrucción de los expedientes sancionadores y para la imposición de las sanciones correspondientes, se rige por las siguientes reglas:

- Es competente para la instrucción de los expedientes la Dirección General de Seguros.
- La imposición de sanciones por infracciones graves y leves corresponde a la Dirección General de Seguros.
- La imposición de sanciones por infracciones muy graves corresponde al Ministerio de Economía a propuesta de la Dirección General de Seguros, salvo la de revocación de la autorización, que se impondrá por el Consejo de Ministros.





I. NORMATIVA Y OBLIGACIONES CONTABLES

1. Introducción

1.1. *Normativa aplicable*

La contabilidad de las entidades aseguradoras y la formulación de las cuentas de los grupos consolidables de entidades aseguradoras se regirán por lo dispuesto en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de 8 de noviembre de 1995, su Reglamento de 20 de noviembre de 1998 y el Plan de Contabilidad de las Entidades Aseguradoras aprobado por Real Decreto de 26 de diciembre de 1997 y sus normas específicas y, en su defecto, por las establecidas en el Código de Comercio, en el Plan General de Contabilidad y demás disposiciones de la legislación mercantil en materia contable.

Haciendo uso de la autorización concedida por la Ley de Ordenación, el Real Decreto que aprobó el Plan de Contabilidad de las Entidades Aseguradoras reguló las normas específicas de contabilidad aplicables a dichas entidades, las obligaciones contables de las mismas, los principios contables de aplicación obligatoria, las normas sobre formulación de sus cuentas anuales, los criterios de valoración de los elementos integrantes de las mismas, así como el régimen de aprobación, verificación, depósito y publicidad de dichas cuentas.

1.2. *Obligación de separación de contabilidades*

Las entidades aseguradoras autorizadas para operar simultáneamente en el ramo de vida y en los ramos de accidentes o enfermedad, con arreglo

a lo previsto por la Ley, deberán llevar contabilidad separada para aquél y éstos.

También deberán llevar contabilidad separada, para las operaciones del ramo de Vida y de los ramos distintos al de Vida, las entidades que estuvieran autorizadas para operar en ambas clases de seguros con anterioridad a la publicación de la hoy derogada Ley de Ordenación de 1984 (BOE de 4 de agosto de 1984), fecha a partir de la cual se prohibió la posibilidad de simultanear los dos tipos de operaciones en una misma entidad. Dicha separación de contabilidad implica, además, la formulación independiente de las cuentas técnicas de pérdidas y ganancias, el estado de cobertura de las provisiones técnicas, el estado de margen de solvencia y el de fondo de garantía.

1.3. *Ejercicio económico*

El ejercicio económico de toda clase de entidades aseguradoras coincidirá con el año natural.

2. Libros y registros contables de las entidades aseguradoras

2.1. *Libros de contabilidad*

Las entidades aseguradoras deben llevar los libros de contabilidad exigidos por el Código de Comercio y otras disposiciones que les sean de aplicación, incluyendo con carácter obligatorio el *libro mayor*, que recogerá, para cada una de las cuentas, los cargos y abonos que en ellas se realicen, debiendo concordar en todo momento con las anotaciones realizadas en el *libro diario*.

Con arreglo a lo establecido por el Código de Comercio (arts. 25 y siguientes), deben llevarse obligatoriamente los libros que a continuación se indican:

- *Inventarios y cuentas anuales.*
- *Diario.*

Además de dichos libros contables, las entidades aseguradoras deben llevar los libros de *actas de juntas generales y demás órganos colegiados* así como, en el caso de las sociedades anónimas, el libro de *acciones nominativas*.

El *libro de inventarios y cuentas anuales* debe abrirse con el *balance inicial* detallado de la empresa y en él se transcribirán, tanto los *balances de comprobación* con sumas y saldos, al menos trimestralmente, como el *inventario de cierre* de ejercicio y las *cuentas anuales*.

El *libro diario* debe registrar día a día todas las operaciones relativas a la actividad de la empresa siendo válida, sin embargo, la anotación conjunta de los totales de las operaciones por periodos no superiores al mes, siempre que su detalle aparezca en otros libros o registros concordantes, de acuerdo con la naturaleza de la actividad de que se trate.

Las cuentas anuales están integradas por el balance, la cuenta de pérdidas y ganancias y la memoria. Constituyen las tres una unidad y deben redactarse con claridad y mostrar la «imagen fiel» del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la empresa.

2.2. *Formulación de las cuentas anuales*

El plan de contabilidad de las entidades aseguradoras establece las siguientes normas para formular las cuentas anuales:

A) **Identificación de las cuentas**

El balance, la cuenta de pérdidas y ganancias y la memoria deberán estar identificados, indicándose en forma clara y en cada uno de dichos documentos su denominación, la entidad a la que corresponden y el ejercicio económico al que se refieren.

B) **Expresión del valor**

Las cuentas anuales se elaborarán expresando sus valores en pesetas. No obstante, podrán expresarse en miles o en millones de pesetas cuando la magnitud de las cifras así lo aconseje, debiendo quedar esta circunstancia claramente indicada en las referidas cuentas.

C) **Plazo de formulación**

Los administradores de las entidades deberán formular las cuentas anuales en el plazo máximo de tres meses, a contar desde el cierre del ejercicio social. Cuando se trate de entidades dedicadas exclusivamente a la práctica del reaseguro el plazo será de seis meses.

2.3. *Legalización de libros*

Los libros anteriormente citados, según dispone el Código de Comercio, deben de ser presentados, antes de su utilización, al Registro Mercantil del

domicilio de la entidad para ser diligenciados por este en su primer folio y sellados en todas sus hojas.

No obstante, será válida la realización de asientos y anotaciones por cualquier procedimiento idóneo sobre hojas que después habrán de ser encuadradas correlativamente para formar los libros obligatorios, los cuales deberán ser legalizados antes de que transcurran los cuatro meses siguientes a la fecha de cierre del ejercicio.

2.4. *Principio de imagen fiel*

Que las cuentas anuales reflejen la «imagen fiel» económica y patrimonial de la empresa es un objetivo fundamental y prioritario en toda la normativa contable hasta el punto de que, según establece la propia normativa, cuando la aplicación de las disposiciones legales no sea suficiente para mostrar la imagen fiel, deben suministrarse las informaciones complementarias precisas para alcanzar dicho resultado. También en aquellos casos excepcionales en que la aplicación de una disposición legal en materia de contabilidad fuera incompatible con la imagen fiel que deben presentar las cuentas anuales, se establece que tal disposición no será aplicable.

2.5. *Registros específicos de las entidades aseguradoras*

Las entidades aseguradoras deberán llevar, además, los registros que a continuación se detallan:

A) De cuentas

Deberá recoger las cuentas utilizadas por la entidad para el reflejo de sus operaciones en el libro diario, con desgloses en subcuentas, así como las principales relaciones contables relativas a las mismas en cuanto no estén definidas en el plan de contabilidad de las entidades aseguradoras, aprobado por Real Decreto 2014/1997, de 26 de diciembre.

B) De pólizas y suplementos emitidos y anulaciones

Este registro deberá contener los datos relevantes de cada póliza de seguro o suplemento en relación con sus elementos personales, características del riesgo cubierto y condiciones económicas del contrato.

Las pólizas deben ser emitidas con numeración correlativa, pudiendo comprender varias series, según los criterios de clasificación utilizados. Los

suplementos emitidos, que incluirán los que se correspondan con extornos de primas, han de ser relacionados con la póliza de la que procedan.

Cuando se produzca la anulación de una póliza o suplemento se hará constar tal circunstancia y su fecha en los registros afectados.

C) De siniestros

Los siniestros se registrarán tan pronto sean conocidos por la entidad, debiendo atribuírseles una numeración correlativa, por orden cronológico, dentro de cada una de las series que se establezcan conforme a los criterios de clasificación de siniestros que utilice la entidad.

La información que, como mínimo, debe contener este registro se referirá a la póliza de la que procede cada siniestro; fechas de ocurrencia y declaración; valoración inicial asignada; pagos o consignaciones posteriores, con indicación separada de los recobros que se hayan producido; provisión constituida al comienzo del ejercicio; provisión al cierre del período; fecha de la última valoración del siniestro; y los pagos y la provisión a cargo del reaseguro. En los siniestros correspondientes a ramos o riesgos en los que se utilicen métodos estadísticos de valoración no será necesaria su valoración inicial y final individualizada en cada período. También se indicará si existe reclamación judicial, administrativa, ante el defensor del asegurado de la entidad, o de cualquier otra índole.

Se entenderá cumplida la obligación de llevanza de este registro aun cuando la información señalada en esta letra esté contenida en diferentes ficheros informáticos, siempre que sea posible establecer una correlación e integración ágil y sencilla entre el contenido de los mismos.

En el caso de ramos o riesgos que lo requieran, la entidad podrá adaptar el contenido del registro de siniestros a las características de dichos seguros, comunicando a la Dirección General de Seguros su estructura y forma de gestión.

D) De cálculo de las provisiones técnicas

Para cada una de las provisiones técnicas, se llevarán separadamente los registros correspondientes al seguro directo, al reaseguro aceptado y al reaseguro cedido.

E) De inversiones

Este inventario comprenderá todos los datos necesarios para una adecuada gestión de las inversiones conforme a las características de cada activo. En todo caso y para cada una de las inversiones de la entidad, incluidas la tesorería y las operaciones con instrumentos derivados, este registro

contendrá la descripción, situación, asignación y valoración a efectos de contabilidad y de cobertura de provisiones técnicas, o de operaciones preparatorias de seguro o de fondos propios, detalladas a la fecha de referencia. Asimismo, indicará la entidad depositaria de los activos financieros y el concepto en el que se realiza su depósito.

Cuando la entidad haya asignado inversiones a determinadas operaciones de seguro y en función de la rentabilidad de aquéllas calcule la provisión de seguros de vida de estas operaciones, deberá indicar los métodos de cálculo, hipótesis formuladas y sistemas de control y verificación empleados.

En el caso de entidades autorizadas para operar tanto en el ramo de Vida como en ramos distintos del de vida, este registro se llevará en secciones separadas.

En el caso de que existan afecciones a ramos o riesgos o a contratos de seguro individualizados se identificarán inequívocamente los mismos y los bienes afectados.

El registro de inversiones recogerá un resumen de la situación de las inversiones al término de cada trimestre.

F) De estados de cobertura de provisiones técnicas y de margen de solvencia

Los estados objeto de este registro deberán elaborarse al menos con periodicidad trimestral y contendrán todos los datos necesarios para el cálculo y cobertura de las provisiones técnicas y del margen de solvencia.

G) De contratos de reaseguro aceptado y cedido

Este registro comprenderá los datos identificativos de cada uno de los contratos de reaseguro celebrados por la entidad, separando los de reaseguro aceptado y los de reaseguro cedido y, dentro de ellos, distinguiendo en secciones diferentes los datos identificativos de los tratados obligatorios y los de las cesiones o aceptaciones facultativas.

Para cada contrato se recogerán los datos relevantes sobre los elementos personales, características de los riesgos reasegurados, condiciones de la cobertura en reaseguro y todas las circunstancias del contrato con incidencia económica.

2.6. Forma, plazo y normas para la llevanza de los libros y registros

Los libros y registros a que se refiere el apartado anterior podrán conservarse en soportes informáticos y no podrán llevarse con un retraso superior a tres meses.

Las entidades aseguradoras llevarán y conservarán los libros, registros, correspondencia, documentación y justificantes concernientes a su negocio, debidamente ordenados, en los términos establecidos por la legislación mercantil. No obstante, en el caso de riesgos que puedan dar lugar a siniestros de manifestación diferida, se conservará la documentación correspondiente durante un plazo acorde al período esperado de manifestación de los siniestros.

El Ministerio de Economía podrá dictar normas de llevanza y especificaciones técnicas de los libros y registros anteriormente referidos.

3. Elaboración de cuentas y deber de información

3.1. Elaboración de cuentas

Las entidades aseguradoras deberán elaborar, al menos trimestralmente, un balance, las cuentas técnicas y no técnicas de resultados, un estado de cobertura de provisiones técnicas y un estado de margen de solvencia.

Las cuentas técnicas de resultados y los estados de cobertura de provisiones técnicas y de margen de solvencia, se referirán por separado tanto a la actividad de seguros de vida como a la de seguros distintos del seguro de vida.

3.2. Deber de información a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

A) Información anual

Las entidades aseguradoras deberán remitir a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las cuentas anuales y el informe de gestión, la información estadístico-contable referida al ejercicio económico y, en su caso, los informes general y complementario de auditoría.

La información estadístico-contable anual incluirá datos referentes al balance, cuenta de pérdidas y ganancias general y por ramos, cobertura de provisiones técnicas, margen de solvencia, fondo de garantía y aquellos otros extremos que permitan analizar la información contenida en los estados anteriores.

La remisión de las cuentas anuales se realizará simultáneamente a la de la información estadístico-contable anual, la cual se ajustará a los modelos aprobados por el Ministro de Economía y se remitirá antes del 10 de julio del año siguiente a aquel al que se refieran, salvo que la entidad realice

una actividad exclusivamente reaseguradora en cuyo caso el plazo finalizará el día 10 de octubre.

B) Información trimestral

Además, están obligadas a remitir información estadístico-contable trimestral las entidades aseguradoras que se encuentren en alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Que las primas devengadas en el ejercicio por seguro directo más reaseguro aceptado superen la cifra de 200.000.000 de pesetas. La obligación anterior sólo cesará cuando deje de alcanzarse el referido límite durante dos ejercicios seguidos.
- b) Que operen en los ramos de seguro de vida, caución, crédito o en cualquiera de los que cubren el riesgo de responsabilidad civil.
- c) Que se encuentren sometidas a procedimiento administrativo de adopción de medidas de control especial cuando así se requiera por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de disolución, o de revocación de la autorización administrativa, o bien se encuentren en período de liquidación no asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.

En todo caso, las entidades no obligadas a remitir información estadístico-contable trimestral deberán remitir con esa misma periodicidad el balance, la cuenta de pérdidas y ganancias y los estados de cobertura de provisiones técnicas y de margen de solvencia.

C) Información semestral de las entidades de grupos consolidables

Las entidades obligadas de los grupos consolidables de entidades aseguradoras deberán remitir semestralmente la información estadístico-contable correspondiente a dicho período.

D) Plazo para la remisión de la información y facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Toda la información estadístico-contable referida al período inferior al año deberá remitirse a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dentro de los dos meses siguientes al término del período al que corresponda.

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá recabar aclaración sobre la documentación recibida al objeto de obtener la información prevista en este precepto.

4. Deber de consolidación contable

4.1. *Obligación de unidad de decisión*

Para el cumplimiento del margen de solvencia y, en su caso, de las demás limitaciones y obligaciones previstas en la Ley, las entidades aseguradoras deben consolidar sus estados contables con los de las demás entidades aseguradoras o entidades financieras que constituyan con ellas una unidad de decisión.

4.2. *Existencia de unidad de decisión*

A) **Regla general**

Un grupo de entidades constituye una unidad de decisión cuando alguna de ellas ejerza o pueda ejercer, directa o indirectamente, el control de las demás, o cuando dicho control corresponda a una o varias personas físicas que actúen sistemáticamente en concierto.

B) **Presunción de existencia de unidad de decisión**

Se presumirá que existe en todo caso unidad de decisión:

- a. Cuando al menos la mitad más uno de los consejeros de la sociedad dominada sean consejeros o altos directivos de la dominante, o de otra dominada por ésta.
- b. Cuando, según lo dispuesto por el artículo 42 del Código de Comercio, una sociedad que sea socio de otra:
 - Posea la mayoría de los derechos de voto.
 - Tenga la facultad de nombrar o de destituir a la mayoría de los miembros del órgano de administración.
 - Pueda disponer de la mayoría de los derechos de voto, en virtud de acuerdos celebrados con otros socios.
 - Haya nombrado exclusivamente con sus votos la mayoría de los miembros del órgano de administración, que desempeñen su cargo en el momento en que deban formularse las cuentas consolidadas y durante los dos ejercicios inmediatamente anteriores. Este supuesto no dará lugar a la consolidación si la sociedad cuyos administradores han sido nombrados está vinculada a otra en alguno de los dos primeros casos antes citados.

C) Acumulación de los derechos de participación societaria

A efectos de lo previsto en este apartado, a los derechos de la dominante se añadirán los que posea a través de otras entidades dominadas o a través de personas que actúen por cuenta de la entidad dominante o de otras dominadas, o aquellos de los que disponga concertadamente con cualquier otra persona.

4.3. Normas aplicables para la consolidación

Los grupos consolidables de entidades aseguradoras están sujetos al deber de consolidación de acuerdo con lo dispuesto por la Ley y Reglamento de Ordenación y, subsidiariamente, con arreglo a las normas contenidas en los artículos 42 a 49 del Código de Comercio y demás aplicables de la legislación mercantil.

En todo caso se aplicarán las siguientes normas:

A) Existencia de grupo consolidable de entidades aseguradoras

Se considera que un grupo de entidades financieras constituye un grupo consolidable de entidades aseguradoras, cuando se dé alguna de las circunstancias siguientes:

- a. Que una entidad aseguradora controle a las demás entidades.
- b. Que la entidad dominante sea una entidad cuya actividad principal consista en tener participaciones en entidades aseguradoras.
- c. Que una persona física, un grupo de personas físicas que actúen sistemáticamente en concierto, o una entidad no financiera domine a varias entidades, todas ellas aseguradoras.

En las dos últimas circunstancias, corresponderá a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones designar la persona o entidad obligada a formular y aprobar las cuentas anuales y el informe de gestión consolidados y a proceder a su depósito, correspondiendo a la obligada el nombramiento de los auditores de cuentas. A efectos de tal designación, las entidades aseguradoras integrantes del grupo deberán comunicar la existencia del mismo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con indicación del domicilio y la razón social de la entidad que ejerce el control, o su nombre, si es una persona física.

En ningún caso las entidades de crédito y las sociedades y agencias de valores formarán parte del grupo consolidable de entidades aseguradoras.

B) Supervisión de los grupos consolidables

Los grupos consolidables de entidades aseguradoras quedarán sometidos a la supervisión sobre base consolidada de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

C) Entidades que forman parte del grupo consolidable de entidades aseguradoras

Formarán parte de dicho grupo los siguientes tipos de sociedades:

- a. Las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- b. Las sociedades de inversión colectiva.
- c. Las sociedades gestoras de instituciones de inversión colectiva, las gestoras de fondos de pensiones y las gestoras de cartera.
- d. Las sociedades de capital-riesgo y las gestoras de fondos de capital-riesgo.
- e. Las entidades cuya actividad principal sea la tenencia de acciones o participaciones.
- f. Las entidades, cualquiera que sea su denominación o estatuto, que, de acuerdo con la normativa que les resulte aplicable, ejerzan las actividades típicas de las anteriores.
- g. Las sociedades instrumentales cuya actividad principal suponga la prolongación del negocio de las entidades incluidas en el grupo consolidable o prestar servicios auxiliares a las entidades referidas anteriormente. Quedan incluidas en este apartado, entre otras, las sociedades de mediación en seguros privados, las sociedades de peritación y tasación y las sociedades sanitarias.

D) Delimitación de la actividad de tenencia de participaciones en sociedades aseguradoras o reaseguradoras

Se considera que la actividad principal de una entidad consiste en tener participaciones en entidades aseguradoras o reaseguradoras cuando concurren las siguientes circunstancias:

- a. Que más de la mitad de su activo esté compuesto por inversiones financieras permanentes en capital, sea cual sea la actividad, objeto social o estatuto de las entidades participadas.
- b. Que más de la mitad de su cartera de inversiones financieras permanentes en capital esté constituida por acciones u otro tipo de

valores representativos de participaciones en entidades aseguradoras o reaseguradoras o en empresas, cualquiera que sea su denominación o estatuto, que, de acuerdo con la normativa que les resulte aplicable, ejerzan las actividades típicas de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

E) Otras sociedades que intervienen en la consolidación

a. Sociedades multigrupo

Son sociedades multigrupo, a los únicos efectos de la consolidación de cuentas, aquellas sociedades que, sin estar incluidas en el grupo consolidable de entidades aseguradoras, son gestionadas por una o varias sociedades del grupo (o por personas físicas dominantes que participan en su capital social) conjuntamente con otra u otras ajenas al mismo.

En todo caso, se entiende que existe gestión conjunta sobre otra sociedad cuando, además de participar en el capital, se produzca alguna de las circunstancias siguientes:

- que en los estatutos sociales se establezca la gestión conjunta; o
- que existan pactos o acuerdos que permitan a los socios el ejercicio del derecho de veto en la toma de decisiones sociales.

b. Sociedades asociadas

Tendrán esta consideración, a los únicos efectos de la consolidación de cuentas, aquellas sociedades no pertenecientes al grupo sobre las que alguna o algunas de las entidades del mismo, incluida la entidad o persona física dominante, ejerza una influencia notable siempre que concurra, además, una vinculación duradera que suponga contribución a la actividad de la entidad.

F) Entidad obligada a cumplir los deberes de la consolidación

La entidad obligada de un grupo o subgrupo consolidable de entidades aseguradoras a cumplir los deberes propios de la consolidación será la sociedad dominante, siempre que ésta sea una aseguradora.

No obstante lo anterior, la entidad aseguradora dominante de un subgrupo de sociedades no estará sujeta al deber de consolidación cuando sea, a su vez, sociedad dominada por una entidad aseguradora dominante de un grupo de sociedades.

**G) Designación de la persona o entidad obligada
por parte de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**

En los supuestos en que la entidad dominante tenga por actividad principal la tenencia de participaciones en entidades aseguradoras y en aquellos casos en que varias entidades aseguradoras estén dominadas por una persona física, por un grupo de personas físicas que actúen sistemáticamente en concierto o por una entidad financiera, la persona o entidad obligada será designada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

H) Deberes de la persona o entidad obligada

- a. Formular y aprobar las cuentas anuales y el informe de gestión consolidados correspondientes al grupo.
- b. Designar a los auditores de cuentas del grupo.
- c. Depositar en el Registro Mercantil, de acuerdo con la normativa que resulte de aplicación, las cuentas anuales, el informe de gestión consolidados y el informe de los auditores de cuentas del grupo.
- d. Los demás deberes que se deriven de la facultad que la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones tiene para requerir, de las entidades sujetas a consolidación, la información que estime necesaria para verificar tales operaciones.

**I) Déficit en el cálculo y cobertura de las provisiones técnicas.
Medidas de control especial**

El artículo 39 de la Ley de Ordenación permite la aplicación de medidas de control especial cuando una entidad aseguradora manifieste déficit en el cálculo de cada una de las provisiones técnicas (superior al 15 % en la de prestaciones o al 5 % en las demás) o déficit en la cobertura de dichas provisiones (superior al 10 %).

A tales efectos, se entenderá que concurre en el grupo consolidable de entidades aseguradoras la situación de déficit en el cálculo de las provisiones técnicas cuando exista déficit en dicho cálculo, en los porcentajes indicados, en cualquiera de las entidades que integren el grupo consolidable de entidades aseguradoras.

No obstante, para apreciar la posible concurrencia en el grupo consolidable de entidades aseguradoras de la situación de déficit en la cobertura de dichas provisiones se tendrá en cuenta el estado de cobertura de tales provisiones del grupo consolidable, obtenido de conformidad con lo establecido al efecto por el Reglamento de Ordenación.

J) Requerimiento de información por parte de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá requerir a las entidades sujetas a consolidación en un grupo consolidable de entidades aseguradoras cuanta información sea necesaria para verificar las consolidaciones efectuadas y analizar los riesgos asumidos por el conjunto de las entidades consolidadas, así como, con igual objeto, inspeccionar sus libros, documentación y registros.

Además, podrá requerir de las personas físicas o entidades no financieras que no formen parte del grupo consolidable de entidades aseguradoras pero respecto de las que, conforme a lo previsto en la presente Ley, exista una unidad de decisión, cuantas informaciones puedan ser útiles para el ejercicio de la ordenación y supervisión de los grupos consolidables de entidades aseguradoras e inspeccionarlas a los mismos fines.

Cuando de las relaciones económicas, financieras o gerenciales de una entidad aseguradora con otras entidades quepa presumir la existencia de un grupo consolidable de entidades aseguradoras u otra unidad de decisión, sin que las entidades hayan procedido a la consolidación de sus cuentas, la Dirección General de Seguros podrá solicitar información a esas entidades, o inspeccionarlas, a los efectos de determinar la procedencia de la consolidación.

K) Obligaciones de los subgrupos consolidables

Las mismas obligaciones antes referidas serán aplicables a los subgrupos consolidables de entidades aseguradoras, entendiéndose por tales a un conjunto de entidades financieras cuya configuración responda a alguno de los tipos previstos en la letra A) anterior, que a su vez se integre en un grupo consolidable de mayor extensión y tipo diferente.

No obstante, la entidad aseguradora dominante de un subgrupo de sociedades no estará sujeta al deber de consolidación cuando sea, a su vez, sociedad dominada por una entidad aseguradora dominante de un grupo de sociedades.

L) Integración de entidades extranjeras en el grupo consolidable

Cuando existan entidades extranjeras susceptibles de integrarse en un grupo consolidable de entidades aseguradoras, se determina el alcance del deber de consolidación atendiendo, entre otros criterios, al domicilio de las entidades en alguno de los Estados miembros del Espacio Económico Europeo o fuera de él, a su naturaleza jurídica y al grado de control.

A tales efectos el reglamento de ordenación establece que:

- a. Si la entidad dominante es española, en el grupo se integrarán todas las entidades consolidables controladas por ella, cualquiera que sea su nacionalidad, domicilio o naturaleza jurídica y con independencia del país donde desarrollen sus actividades.
- b. Cuando la entidad dominante esté domiciliada en un país no perteneciente al espacio económico europeo, el correspondiente grupo estará compuesto por las entidades de nacionalidad española y, en su caso, las filiales de estas últimas, cualquiera que sea su nacionalidad, domicilio o naturaleza jurídica, y con independencia del país donde desarrollen sus actividades.
- c. Cuando la entidad dominante esté domiciliada en un país del Espacio Económico Europeo, se estará a lo dispuesto en el artículo 9 del Real Decreto 1815/1991, de 20 de diciembre, por el que se aprueban las normas para la formulación de las cuentas anuales consolidadas, sin perjuicio de las potestades de supervisión que correspondan al Ministerio de Economía.

M) Exclusión de una entidad del grupo consolidable

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá autorizar la exclusión individual de una entidad aseguradora o financiera del grupo consolidable de entidades aseguradoras cuando se dé cualquiera de los supuestos previstos en el número 2 del artículo 43 del Código de Comercio o cuando la inclusión de dicha entidad en la consolidación resulte inadecuada para el cumplimiento de los objetivos de la ordenación y supervisión de dicho grupo.

N) Coordinación con autoridades de control de otros países

Si de un grupo consolidable de entidades aseguradoras forman parte entidades sujetas individualmente a control por autoridad supervisora distinta de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, esta última deberá actuar de forma coordinada con dicha autoridad supervisora. A estos efectos, el Ministro de Economía podrá dictar las normas precisas para asegurar la adecuada coordinación.

O) Deber de información a la Dirección General de Seguros

a) Información anual

Las entidades obligadas a formular cuentas consolidadas deberán remitir a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las cuentas

anuales consolidadas y el informe de gestión, la información estadístico-contable consolidada y los informes general y complementario de auditoría.

La información estadístico-contable incluirá datos referentes al balance consolidado, cuenta de pérdidas y ganancias consolidada general y por ramos, cobertura de provisiones técnicas y aquellos otros extremos que permitan analizar la información contenida en los estados anteriores.

La remisión de las cuentas anuales consolidadas se realizará simultáneamente a la de la información estadístico-contable anual consolidada, la cual se ajustará a los modelos aprobados por el ministro de Economía y se remitirá antes del 10 de julio del año siguiente a aquel al que se refieran, salvo que la entidad obligada realice una actividad exclusivamente reaseguradora o forme parte del grupo una entidad reaseguradora, en cuyo caso el plazo finalizará el día 10 de octubre.

b) Información semestral

Asimismo, las entidades obligadas de los grupos consolidables de entidades aseguradoras deberán remitir semestralmente la información estadístico-contable correspondiente a dicho período.

Toda la información estadístico-contable referida al período inferior al año deberá remitirse a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dentro de los dos meses siguientes al término del período al que corresponda la cual podrá recabar aclaración sobre la documentación recibida al objeto de obtener la información prevista por la normativa.

5. Deber de auditoría de cuentas anuales

5.1. Obligación general de auditar las cuentas anuales

Las cuentas anuales de las entidades aseguradoras deberán ser revisadas por los auditores de cuentas, en los términos establecidos en la Ley 19/1998, de 12 de julio, de Auditoría de Cuentas, y en el Reglamento que la desarrolla, aprobado por Real Decreto 1636/1990, de 20 de diciembre.

Además de en los casos previstos en las disposiciones citadas en el párrafo anterior, las cuentas anuales de las entidades aseguradoras deberán también someterse a la misma auditoría cuando concurra alguna de las circunstancias de las que obligan a las entidades a remitir información estadístico-contable trimestral.

Las cuentas anuales consolidadas deberán ser revisadas por los auditores de cuentas en todo caso.

5.2. Auditorías especiales

Siempre que existan irregularidades en la contabilidad que dificulten notablemente conocer la verdadera situación patrimonial de la entidad o se trate de entidades sometidas a medidas de control especial, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá exigir a las entidades aseguradoras, mediante requerimientos individualizados, la realización de auditorías externas especiales, con el alcance que considere necesario para el adecuado control de aquéllas.

II. LA CONTABILIDAD DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

1. Introducción

1.1. Concepto de contabilidad

La contabilidad es la ciencia destinada al control económico de los negocios, que consiste en registrar las variaciones que experimenta el patrimonio de un comerciante y la cantidad y clase de las ganancias o pérdidas que obtiene a lo largo de un determinado período de tiempo.

Constituye el instrumento fundamental de información de los fenómenos económicos, por lo que requiere normas basadas en principios y criterios uniformes y coherentes, con una terminología que defina claramente los hechos económicos y una ordenación adecuada de las cuentas que se consideren necesarias para un correcto registro de las operaciones.

Según el fenómeno económico que trate y el objetivo que persiga, la contabilidad puede tener distintos contenidos y clasificaciones, entre las que cabe destacar:

1.2. Clases de contabilidad

— *La contabilidad general*

Es la parte de la contabilidad que aplica los principios básicos o generales y sus conceptos elementales y fundamentales.

— *La contabilidad aplicada*

Es la parte de la contabilidad que aplica los principios generales a los distintos tipos de negocio en función del sujeto contable.

— *La contabilidad externa y financiera*

Es la que aplica las prescripciones legales, facilita la situación económico-financiera de la empresa y los resultados claros, documentados, cuyos elementos sean comparables en el tiempo.

— *La contabilidad analítica de explotación o interna*

Es la parte de la contabilidad que persigue conocer por el análisis y la confrontación de las cuentas de gastos, el coste de la fabricación de un producto, de la prestación de un servicio, de la actividad de una unidad administrativa o comercial, incluso de un individuo (vendedor agente, etc.).

— *La contabilidad auxiliar*

Es aquella en la que se registran las operaciones al nivel más bajo que se requiere. Es la fuente de información básica de la contabilidad analítica.

1.3. *Medios y métodos*

Para el registro de los datos y su posterior homogeneización, comparación y agrupamiento, la contabilidad utiliza medios y métodos armonizados o normalizados.

- **Los medios** para el registro de los datos son: «el asiento», como unidad elemental y «la cuenta» como unidad de base. Ambos se reúnen en documentos denominados «libros contables».
- **Los métodos** que permiten homogeneizar los datos facilitando su comparación y agrupamiento son las «normas contables» materializadas en un plan de contabilidad.

1.4. *La contabilización*

A) **Definición**

Contabilizar es anotar o registrar una operación, generalmente en partida doble, en los libros de contabilidad mediante la unidad elemental de la contabilidad, el «asiento».

Esta anotación se efectúa en la unidad base, la cuenta, mediante el correspondiente «cargo» o «abono».

B) Conceptos fundamentales

— *La partida doble*

Es el sistema de contabilidad más utilizado basado en el principio de que no hay deudor sin acreedor y viceversa, que consiste en registrar todas las operaciones realizadas en el debe de una o varias cuentas y como contrapartida en el haber de una o varias cuentas. La suma de ambas partidas deben ser iguales.

La partida doble aporta tres ventajas fundamentales:

- El registro completo de cada operación o transacción.
- La información completa y puntual respecto de la actividad.
- Verificación aritmética automática.

— *El asiento*

Es la anotación contable de una operación económica.

— *La cuenta*

Es un estado desarrollado del movimiento de una serie de valores. Consiste al menos, de título y una parte numérica que expresa el movimiento y saldo de la misma. La parte numérica se divide en dos columnas, una para el debe y otra para el haber.

— *El debe*

Es la contrapartida del haber y se sitúa en la parte izquierda de la cuenta. Está destinado al registro del movimiento de partidas deudoras o de cargo.

Se denomina también así al conjunto de deudas u obligaciones reflejadas en una cuenta corriente, y a la parte izquierda de la cuenta de pérdidas y ganancias o cuenta de resultados, que presenta el conjunto de gastos de una actividad o negocio.

— *El haber*

Es la contrapartida del debe y se sitúa en la parte derecha de la cuenta. Está destinado al registro de los movimientos de las partidas acreedoras o de abono.

Se denomina también así al conjunto de derechos o créditos reflejados en una cuenta corriente y a la parte derecha de una cuenta de pérdidas y ganancias o cuenta de resultados, que presenta el conjunto de ingresos, directos o indirectos, de una actividad o negocio.

— *El cargo, el adeudo o el débito*

Es la anotación contable en el debe de una cuenta.

— *El abono o crédito*

Es la anotación contable en el haber de una cuenta.

— *El saldo*

El saldo es la diferencia que, en determinado momento, existe entre las partidas o movimientos que integran el debe y el haber de una cuenta.

Puede ser:

- **Deudor**, cuando la suma de las partidas contabilizadas en el debe es superior a las contabilizadas en el haber.
- **Acreedor**, cuando la suma de las partidas contabilizadas en el haber es superior a las contabilizadas en el debe.

— *El cuadro de cuentas*

Por aplicación del principio de la partida doble, la suma de saldos deudores del conjunto de cuentas de una contabilidad ha de ser igual a la suma de los saldos acreedores del resto de las cuentas.

Esta coincidencia de sumas es la que se denomina cuadrar, término contable que se da al hecho de coincidir la suma de las partes con el todo (saldos deudores con saldos acreedores; el debe con el haber; el activo con el pasivo; saldos de cuentas parciales con el saldo de un grupo de cuentas, etc.).

2. El plan general de contabilidad (concepto, finalidad y estructura básica)

Es el método normalizado que utiliza la contabilidad para lograr la homogeneidad de los datos y facilitar su comparación y agrupación.

Establece un conjunto de principios y normas que, elaborados bajo criterios de lógica, coherencia y homogeneidad, tienen como finalidad dar un determinado tratamiento uniforme a la información contable, de tal manera que ésta permita no sólo generalizar la aplicación de dichos principios, sino también efectuar comparaciones en el tiempo y en el espacio, tanto a nivel de unidad económica, como a nivel de sector o rama de la economía.

En España, el primer plan general de contabilidad para la empresa fue aprobado por el **Decreto 530/1.973 de 22 de febrero**, y estaba dividido en las siguientes partes:

1. **Cuadro de cuentas**, dividido mediante clasificación decimal en grupos, subgrupos y cuentas.
2. **Definiciones y relaciones contables.**
3. **Cuentas anuales:** balance y su anexo, cuentas de resultados y cuadro de financiación.
4. **Criterios de valoración.**

Actualmente, el plan general de contabilidad vigente fue aprobado por Real Decreto de 20 de diciembre de 1990 y su estructura es la siguiente:

1. **Principios contables.**
2. **Cuadro de cuentas**, dividido mediante clasificación decimal en grupos, subgrupos y cuentas.
3. **Definiciones y relaciones contables.**
4. **Cuentas anuales.**
5. **Normas de valoración.**

Estas divisiones se comentan y desarrollan más ampliamente en el siguiente apartado dedicado al plan contable de seguros.

3. El plan contable de seguros

3.1. *Concepto*

Es el plan de contabilidad específicamente adaptado a las características y necesidades de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

El primer plan de contabilidad sectorial fue el aprobado por Orden Ministerial de 30 de julio de 1981 y comenzó su aplicación con efecto del 1 de enero de 1983.

Actualmente el plan vigente es el establecido por el Real decreto 2014/1997 de 26 de diciembre por el que se aprueba el Plan de Contabilidad de las Entidades Aseguradoras y se dan normas para la formulación de las cuentas de los grupos de entidades de seguros.

Dicho plan está adaptado a la Directiva Europea 91/674/CEE, de 19 de diciembre, relativa a las cuentas anuales y a las cuentas consolidadas de las empresas de seguros.

3.2. *Estructura del plan*

El plan contable de seguros consta de las cinco partes siguientes:

Primera.—Principios contables

—1. Principio de imagen fiel

El balance, la cuenta de pérdidas y ganancias la memoria forman una unidad, de manera que la imagen fiel que deben proporcionar las cuentas anuales de las entidades aseguradoras se obtendrá de la consideración conjunta de esos documentos.

La aplicación de los principios contables incluidos en los apartados siguientes deberá conducir a que las cuentas anuales, formuladas con claridad, expresen la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la entidad.

En aquellos casos en los que, con carácter excepcional, no es adecuada la aplicación de un principio contable o de cualquier otra norma contable por resultar incompatibles con la imagen fiel que deben mostrar las cuentas anuales, se considerará improcedente dicha aplicación. Todo lo cual se mencionará en la memoria, explicando su motivación e indicando su influencia sobre el patrimonio, la situación financiera y los resultados de la entidad.

—2. *Otros principios contables*

La contabilidad de las entidades aseguradoras se desarrollará aplicando obligatoriamente los principios contables que se formulan a continuación:

a) Principio de prudencia. Únicamente se contabilizarán los beneficios realizados a la fecha de cierre del ejercicio. Por el contrario, los riesgos previsibles y las pérdidas eventuales con origen en el ejercicio o en otro anterior, deberán contabilizarse tan pronto sean conocidas; a estos efectos se distinguirán las reversibles o potenciales de las realizadas o irreversibles.

En consecuencia, al realizar dicho cierre se tendrán presentes todos los riesgos y pérdidas previsibles, cualquiera que sea su origen. Cuando tales riesgos y pérdidas fueren conocidos entre la fecha de cierre del ejercicio y aquella en que se formulen las cuentas anuales, deberá facilitarse cumplida información de todos ellos en la memoria, sin perjuicio de su reflejo en el balance y cuenta de pérdidas y ganancias.

Igualmente, se tendrán presentes toda clase de depreciaciones, tanto si el resultado del ejercicio fuese positivo como negativo.

b) Principio de empresa en funcionamiento. Se considerará que la actividad de la entidad tiene prácticamente una duración ilimitada. En

consecuencia, la aplicación de los principios contables no irá encaminada a determinar el valor del patrimonio a efectos de su enajenación global o parcial, ni el importe resultante en caso de liquidación.

- (c) Principio de registro. Los hechos económicos deben registrarse cuando nazcan los derechos u obligaciones que los mismos originen.
- (d) Principio del precio de adquisición. Como norma general y sin perjuicio de los criterios contables aplicables cuando se trate de inversiones afectas a pólizas de seguros en las que el tomador asuma el riesgo de la inversión, todos los bienes y derechos se contabilizarán por su precio de adquisición o coste de producción. Cuando, en virtud de lo dispuesto en las normas legales, no se aplique este principio, deberá informarse sobre ello en la memoria.
- (e) Principio de devengo. La imputación de ingresos y gastos deberá hacerse en función de la corriente real de bienes y servicios que los mismos representan, con independencia del momento en que se produzca la corriente monetaria o financiera derivada de ellos.
- (f) Principio de correlación de ingresos y gastos. El resultado del ejercicio estará constituido por los ingresos de dicho período menos los gastos del mismo correspondientes a aquéllos, así como por los beneficios y quebrantos no relacionadas claramente con la actividad de la entidad.
- (g) Principio de no compensación. En ningún caso podrán compensarse las partidas del activo y del pasivo del balance ni las de gastos e ingresos que integran la cuenta de pérdidas y ganancias, establecidos en los modelos de las cuentas anuales. Se valorarán separadamente los elementos integrantes de las distintas partidas del activo y del pasivo.
- (h) Principio de uniformidad. Adoptado un criterio en la aplicación de los principios contables dentro de las alternativas que, en su caso, éstos permitan, deberá mantenerse en el tiempo aplicarse a todos los elementos patrimoniales que tengan las mismas características, en tanto no se alteren los supuestos que motivaron la elección de dicho criterio.

De alterarse estos supuestos, podrá modificarse el criterio adoptado en su día; pero, en tal caso, estas circunstancias se harán constar en la memoria, indicando la incidencia cuantitativa y cualitativa de la variación sobre las cuentas anuales.

- (i) Principio de importancia relativa. Podrá admitirse la no aplicación estricta de alguno de los principios contables siempre y cuando la importancia relativa en términos cuantitativos de la variación que tal hecho produzca sea escasamente significativa y, en consecuencia, no altere las cuentas anuales como expresión de la imagen fiel a la que se refiere el apartado 1.

3. En los casos de conflicto entre principios contables obligatorios deberá prevalecer el que mejor conduzca a que las cuentas anuales expresen la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la empresa.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente, el principio de prudencia tendrá carácter preferencial sobre los demás principios.

Segunda.—Cuadro de cuentas

Dividido en grupos, subgrupos y cuentas, sigue la clasificación decimal, lo que permite descender dentro del esquema contable hasta el grado o nivel más inferior.

El conjunto de cuentas se integran en ocho grandes grupos:

— Grupo 1.—Financiación Básica

Son los recursos propios y la financiación ajena no comprendida en otros grupos; incluye también los ingresos a distribuir en varios ejercicios, las provisiones para riesgos y gastos, las acciones propias y otras situaciones transitorias de la financiación.

Comprende: el capital; las reservas; los resultados pendientes de aplicación; los ingresos a distribuir en varios ejercicios, las provisiones para riesgos y gastos, las deudas por préstamos subordinados y empréstitos; las deudas con empresas del grupo y asociadas; las deudas por préstamos recibidos y por otros conceptos, las fianzas y los depósitos recibidos y las situaciones transitorias de financiación.

— Grupo 2.—Inmovilizado e inversiones

Comprende el inmovilizado inmaterial y material, las inversiones materiales y financieras, así como los gastos realizados con imputación diferida, por tener proyección económica futura o exceder su utilidad del ejercicio en que se contraen.

Comprende: los gastos de establecimiento, el inmovilizado inmaterial, el inmovilizado material, las inversiones materiales, las inversiones financieras, las inversiones financieras en empresas del grupo, asociadas y multigrupo, los gastos a distribuir en varios ejercicios, la amortización acumulada del inmovilizado e inversiones materiales, y las provisiones de inmovilizado e inversiones.

— *Grupo 3.—Provisiones técnicas*

Provisiones que reflejan el valor cierto o estimado de las obligaciones contraídas por razón de los contratos de seguros y de reaseguros suscritos, así como el de los gastos relacionados con el cumplimiento de dichas obligaciones.

Comprende: las provisiones para primas no consumidas y para riesgos en curso, no vida; las provisiones de seguros de vida; las provisiones técnicas relativas al seguro de vida cuando el riesgo de inversión lo asumen los tomadores de seguros; las provisiones para estabilización; las provisiones para prestaciones, no vida; las provisiones para prestaciones, vida; provisiones para participación en beneficios y para extornos; otras provisiones técnicas; participación del reaseguro en las provisiones técnicas, no vida; y participación del reaseguro en las provisiones técnicas, vida.

— *Grupo 4.—Acreedores y deudores por operaciones de tráfico*

Comprende las cuentas personales y efectos comerciales activos y pasivos que tienen su origen en el tráfico de la entidad, así como las cuentas con las Administraciones Públicas.

Comprende: los acreedores y deudores por operaciones de reaseguro y coaseguro; otros acreedores; las deudas por operaciones preparatorias de contratos de seguro; los mediadores y asegurados; otros deudores; las deudas condicionadas; personal; administraciones públicas, ajustes por periodificación, y provisiones por operaciones de tráfico.

— *Grupo 5.—Cuentas financieras*

Acreedores por operaciones distintas a las que constituyen el tráfico habitual de la entidad, cuentas personales y medios líquidos disponibles.

Comprende: los acreedores no comerciales; otras cuentas no bancarias, tesorería, ajustes por periodificación y provisiones para insolvencias.

— *Grupo 6.—Prestaciones y gastos*

Gastos derivados de las operaciones de seguro y otros necesarios para el desarrollo de la actividad de la entidad, así como ciertos conceptos, tales como los recobros de siniestros o las prestaciones a cargo del reaseguro cedido o retrocedido, que deban considerarse como minoración de gastos. Comprende también los tributos a cargo de la entidad, los gastos financieros y los gastos excepcionales.

Comprende: prestaciones pagadas; comisiones, participaciones y otros gastos de cartera; servicios exteriores; tributos, gastos de personal, pérdidas procedentes del inmovilizado y de las inversiones; gastos financieros; pérdidas y gastos extraordinarios; dotaciones para amortizaciones y dotación a las provisiones.

— *Grupo 7.—Ingresos*

Ingresos técnicos, incluidas primas del seguro directo y aceptado, comisiones y participaciones del reaseguro cedido y retrocedido, así como los demás ingresos que son consecuencia del tráfico de la entidad, los beneficios extraordinarios, además de ciertos conceptos, como las primas y la participación en provisiones del reaseguro cedido y retrocedido, que deben considerarse minoración de dichos ingresos.

Comprende: las primas; las comisiones y participaciones del reaseguro cedido y retrocedido; trabajos realizados para la empresa; otros ingresos a la explotación; beneficios procedentes del inmovilizado y de las inversiones; ingresos de las inversiones; beneficios e ingresos extraordinarios; y excesos y aplicaciones de provisiones.

— *Grupo 8.—Reclasificación de gastos por destino*

Recoge las cuentas necesarias para distribuir aquellos gastos inicialmente clasificados por naturaleza que, por su función, deben reclasificarse por destino. Comprende, pues, la parte de gastos contabilizados en el grupo 6 que deben imputarse a prestaciones, a gastos de adquisición, a gastos de administración, a gastos de inversiones y a otros gastos técnicos o no técnicos, en razón de la función que dichos gastos desempeñan. Por lo tanto, no se incluirán en este grupo aquellos gastos contabilizados en el grupo 6, respecto de los cuales su clasificación por naturaleza coincide con la que se efectuaría por razón de su destino, como por ejemplo, los gastos financieros o las dotaciones a las provisiones.

Comprende: los gastos imputables a prestaciones no vida; los gastos imputables a prestaciones vida; los gastos de explotación no vida; los gastos de explotación vida; los gastos imputables a las inversiones no vida; los gastos imputables a las inversiones vida; otros gastos técnicos no vida; otros gastos técnicos vida; y gastos no técnicos.

Los ocho grupos se desarrollan en subgrupos de dos cifras y éstos a su vez en conceptos concretos o cuentas principales de tres cifras, que a su vez se desglosan, en algunos casos, en subcuentas de cuatro y hasta cinco dígitos, pudiendo cada entidad, de acuerdo con sus necesidades de gestión, desarrollar niveles inferiores.

Tercera.—Definiciones y relaciones contables

Cada uno de los 8 grupos son objeto de una definición rigurosa y clara en la que, a manera de síntesis, se recogen las notas financieras o económicas más sobresalientes de las operaciones integradas en ellos, y se describen los motivos más comunes de cargo o abono de las cuentas principales.

Cuarta.—Cuentas anuales

Comprende los siguientes documentos:

- El balance.
- La cuenta de pérdidas y ganancias.
- La memoria.

Estos documentos forman una unidad y deben ser redactados con claridad y mostrar la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la entidad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y en este Plan de Contabilidad.

Formulación de cuentas anuales:

1. El balance, la cuenta de pérdidas y ganancias y la memoria deberán estar identificados, indicándose de forma clara y en cada uno de dichos documentos su denominación, la entidad a que corresponden y el ejercicio a que se refieren.
2. Las cuentas anuales se elaborarán expresando sus valores en pesetas; no obstante lo anterior, podrán expresarse los valores en miles de pesetas, o en millones cuando la magnitud de las cifras así lo aconseje, debiendo indicarse claramente esta circunstancia en las cuentas anuales.
3. Las cuentas anuales deberán ser formuladas por los administradores en el plazo máximo de tres meses, a contar desde el cierre del ejercicio social. En caso de entidades reaseguradoras que practiquen en exclusiva operaciones de reaseguro, este plazo se ampliará a seis meses.

Las cuentas anuales expresarán la fecha en que se hubieran formulado y deberán ser firmadas por todos los administradores. Si faltare la firma de alguno de ellos, se hará expresa mención de la causa en cada uno de los documentos en que concurriere dicha falta.

4. Las entidades que operen simultáneamente en el ramo de Vida y en los ramos distintos del de vida deberán llevar contabilidad separada para ambos tipos de actividad, con referencia a los siguientes conceptos:
 - a) Cuentas técnicas de pérdidas y ganancias.
 - b) Elementos integrantes del margen de solvencia y del fondo de garantía.
 - c) Provisiones técnicas y su inversión.

Quinta.— Normas de valoración

El plan establece un conjunto de 17 normas de valoración que constituyen un desarrollo de los principios contables formulados en la primera parte del mismo.

Dichas normas afectan a:

- Inmovilizado material e inversiones materiales.
- Inmovilizado inmaterial.
- Gastos de establecimiento.
- Gastos a distribuir en varios ejercicios.
- Valores negociables.
- Créditos y deudas.
- Acciones y obligaciones propias.
- Inversiones por cuenta de tomadores de seguros de vida que asuman el riesgo de la inversión.
- Diferencias de cambio en moneda extranjera.
- Impuesto sobre el Valor Añadido.
- Provisiones técnicas.
- Provisiones para pensiones y obligaciones similares.
- Instrumentos derivados.
- Cesiones temporales de activos.
- Mercados regulados.
- Transacciones entre entidades de un grupo.
- Conversión de estados financieros en moneda extranjera.

3.3. Ámbito y obligatoriedad del plan

El plan es de aplicación obligatoria tanto a las entidades aseguradoras españolas comprendidas en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de 8 de noviembre de 1995, cualquiera que sea la forma que

adopten, como a las sucursales en España de entidades domiciliadas en terceros países no pertenecientes al Espacio Económico Europeo.

No obstante, en la clasificación decimal de las partes segunda y tercera sólo es de obligatoria utilización el desarrollo de grupos, subgrupos y cuentas de hasta tres dígitos, así como sus definiciones y relaciones contables.

Si alguna entidad necesitase utilizar cuentas de tres dígitos no previstas en el plan, deberá aplicar las contenidas en el plan general de contabilidad.

4. El balance

4.1. Concepto

Es un estado en el que se refleja la situación económico financiera de una empresa en un momento determinado, generalmente al final del ejercicio económico. Debe expresar la imagen fiel del patrimonio empresarial estableciendo el valor de las partidas que integran su activo y su pasivo.

4.2. Estructura

A) El activo

Es la contrapartida del pasivo y en la estructura con que suele representarse en España (en forma de T) figura en la parte izquierda del balance. Representa el conjunto de bienes y derechos que integran el patrimonio de una empresa.

Entre las distintas clasificaciones que puedan darse al activo en función de las masas patrimoniales que comprende, caben destacar las siguientes:

a) Activo circulante

Lo integra el conjunto de elementos del activo que están en rotación o cambio permanente. Comprende las masas patrimoniales de disponible y realizable.

b) Activo disponible

Es la masa patrimonial de libre o inmediata disposición (principalmente, efectivo en caja, saldos de bancos, valores mobiliarios con cotización en bolsa, etcétera).

c) Activo realizable

Comprende los elementos patrimoniales, que pueden transformarse en disponible mediante el cobro, si se trata de deudas de terceros, o mediante la venta, si se trata de bienes (inversiones materiales y financieras).

d) Activo fijo

Son los elementos del patrimonio necesarios para el desarrollo de la actividad de una empresa, tales como locales, instalaciones, maquinaria, equipos informáticos, mobiliario, etc.

e) Activo ficticio

Es la parte del activo no realizable ni recuperable. Está representado fundamentalmente por los gastos de constitución y primer establecimiento; las pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores; saldos de cuentas no recuperables, etc., así como las minusvalías manifiestas de la cartera de valores, de los inmuebles y otras inversiones.

f) Activo real

Es el total del activo menos el activo ficticio.

B) El pasivo

Es la contrapartida del activo y figura a la derecha del balance. Representa al conjunto de deudas, obligaciones o gravámenes, que tiene contra sí una persona o entidad.

El pasivo se clasifica, según los elementos patrimoniales que lo integran, en:

a) Pasivo exigible

Conjunto de deudas contraídas con terceras personas. En una entidad de seguros, la partida principal de este pasivo son las provisiones técnicas.

b) Pasivo no exigible

Parte del pasivo que corresponde al patrimonio neto de la empresa. Representa la fuente de financiación propia de la empresa. Está compuesto por el capital, las reservas patrimoniales (voluntarias y legales) y los beneficios pendientes de distribuir.

El patrimonio neto es también la diferencia entre el activo real (total activo menos activo ficticio) y el pasivo exigible.

5. El balance en el plan contable de seguros

5.1. *Conceptos generales*

La legislación española vigente en materia de seguros establece que todas las empresas de seguros tienen la obligación de elaborar, al cerrar cada ejercicio económico, un balance de situación que deben remitir al organismo de control junto con la memoria de sus actividades, la cuenta de pérdidas y ganancias y el resto de la documentación estadístico-contable oficialmente exigible.

El balance de situación del plan contable de seguros lo configuran los grupos **1, 2, 3, 4, 5 del cuadro de cuentas** y contiene una estructura muy específica ajustada principalmente a la información que deben suministrar las entidades de seguros a los diversos agentes económicos. Su **ordenación** es por epígrafes (letras), subepígrafes (números romanos) y partidas (1 cifra).

La ordenación de las diferentes partidas del balance, tanto de activo como de pasivo, da claridad al describir la composición patrimonial, facilitando así el análisis y la formación de un juicio acertado sobre el patrimonio de la entidad y sobre la correlación de las distintas masas integradas en él.

5.2. *Estructura*

	1. Balance
ACTIVO	A. ACCIONISTAS, POR DESEMBOLSOS NO EXIGIDOS
190, 191	
192, 193	
194, 195	
	B. ACTIVOS INMATERIALES, GASTOS DE ESTABLECIMIENTO Y GASTOS A DISTRIBUIR EN VARIOS EJERCICIOS
	I. Gastos de establecimiento
200	1. Gastos de constitución
201, 208	2. Gastos de establecimiento
202	3. Gastos de ampliación de capital

II. Inmovilizado inmaterial

- | | |
|-------------------------|--|
| 201 | 1. Gastos de adquisición de cartera |
| 210, 213, 215, 217, 219 | 2. Otro inmovilizado inmaterial |
| (281) | 3. Amortizaciones acumuladas (a deducir) |
| (291) | 4. Provisiones (a deducir) |

III. Gastos a distribuir en varios ejercicios

- | | |
|----------|--|
| 273 | 1. Gastos por comisiones anticipadas y otros gastos de adquisición |
| 275, 276 | 2. Diferencias negativas por instrumentos derivados |
| 271, 272 | 3. Otros gastos |

C. INVERSIONES**I. Inversiones materiales**

- | | |
|----------|--|
| 230, 231 | 1. Terrenos y construcciones |
| 237 | 2. Otras inversiones materiales |
| 238, 239 | 3. Anticipos e inversiones materiales en curso |
| (283) | 4. Amortizaciones acumuladas (a deducir) |
| (293) | 5. Provisiones (a deducir) |

II. Inversiones financieras en empresas del grupo y asociadas

- | | |
|---------------|--|
| 250 | 1. Participaciones en empresas del grupo |
| (258) | 2. Desembolsos pendientes (a deducir) |
| 252, 256 | 3. Valores de renta fija de empresas del grupo |
| 251 | 4. Participaciones en empresas asociadas |
| (259) | 5. Desembolsos pendientes (a deducir) |
| 253, 257 | 6. Valores de renta fija de empresas asociadas |
| 254, 256 | 7. Otras inversiones financieras en empresas del grupo |
| 255, 257 | 8. Otras inversiones financieras en empresas asociadas |
| (296), (297), | 8. Provisiones (a deducir) |
| (298), (299) | |

III. Otras inversiones financieras

- | | |
|--------------|--|
| 240 | 1. Inversiones financieras en capital |
| (249) | 2. Desembolsos pendientes (a deducir) |
| 241, 248 | 3. Valores de renta fija |
| 242, 248 | 4. Valores indexados |
| 243, 248 | 5. Préstamos hipotecarios |
| 243, 248 | 6. Otros préstamos y anticipos sobre pólizas |
| 244 | 7. Participaciones en fondos de inversión |
| 246 | 8. Depósitos en entidades de crédito |
| 247, 248 | 9. Otras inversiones financieras |
| (294), (295) | 10. Provisiones (a deducir) |

245

IV. Depósitos constituidos por reaseguro aceptado

23, 24, 25

D. INVERSIONES POR CUENTA DE LOS TOMADORES DE SEGUROS DE VIDA QUE ASUMAN EL RIESGO DE LA INVERSIÓN**D. (bis) PARTICIPACIÓN DEL REASEGURO EN LAS PROVISIONES TÉCNICAS**

380

I. Provisiones para primas no consumidas

390, 391

II. Provisión para seguros de vida

384, 394

III. Provisión para prestaciones

387, 397

IV. Otras provisiones técnicas**E. CRÉDITOS****I. Créditos por operaciones de seguro directo**

431, 432

1. Tomadores de seguros

1.1. Empresas del grupo y asociadas

1.2. Otros

(491)

2. Provisiones para primas pendientes de cobro (a deducir)

433, 435

3. Mediadores

3.1. Empresas del grupo y asociadas

3.2. Otros

(4903)

4. Provisiones (a deducir)

- 400, 401, 4050, 4051 **II. Créditos por operaciones de reaseguro**
1. Empresas del grupo y asociadas
 2. Otros
- 402, 4052 **III. Créditos por operaciones de coaseguro**
1. Empresas del grupo y asociadas
 2. Otros
- 556, 554 **IV. Accionistas por desembolsos exigidos**
- 44, 460 **V. Créditos fiscales, sociales y otros**
- 461, 470, 471, 472
- 474, 478
- 552, 559
1. Empresas del grupo y asociadas
 2. Otros
- (4900), (4901), **VI. Provisiones (a deducir)**
- (4902), (4904),
- (298), (299), (590)

F. OTROS ACTIVOS

- I. Inmovilizado material**
- 22
- (282)
- (292)
1. Inmovilizado
 2. Amortización acumulada (a deducir)
 3. Provisiones (a deducir)
- 57 **II. Efectivo en entidades de crédito, cheques y dinero en caja**
- 198 **III. Acciones propias en situaciones especiales**
- IV. Otros activos**
- 550
- 551, 553
- (590)
1. Empresas del grupo y asociadas
 2. Otras
- V. Provisiones (a deducir)**

G. AJUSTES POR PERIODIFICACIÓN

- 582 **I. Intereses devengados y no vencidos**

- 489 **II. Primas devengadas y no emitidas**
 580, 480 **III. Otras cuentas de periodificación**
 481 **IV. Comisiones y otros gastos de adquisición**

PASIVO**A. CAPITAL Y RESERVAS**

- 10 **I. Capital suscrito o fondo mutual**
 110 **II. Prima de emisión**
 111 **III. Reservas de revalorización**
 IV. Reservas
 112 1. Reserva legal
 115 2. Reserva para acciones propias
 116 3. Reservas estatutarias
 117 4. Reservas voluntarias
 113 5. Reservas especiales
 114, 118 6. Otras reservas
 (199) **V. Acciones propias para reducción de capital**
 (a deducir)
 VI. Resultados de ejercicios anteriores pendientes
 de aplicación
 120 1. Remanente
 (121) 2. Resultados negativos ejercicios anteriores
 (a deducir)
 122 3. Aportaciones no reintegrables de socios
 VII. Resultado del ejercicio
 129 1. Pérdidas y Ganancias
 (558) 2. Dividendo a cuenta **(a deducir)**
 A. (bis) INGRESOS A DISTRIBUIR EN
 VARIOS EJERCICIOS
 136 1. Diferencias positivas en moneda extranjera
 133, 134 2. Diferencias positivas en instrumentos deriva-
 dos

- 137 3. Comisiones y otros gastos de adquisición del reaseguro cedido.
- 138 4. Ingresos diferidos por enajenación de títulos de renta fija
- 139 5. Ingresos diferidos por operaciones entre entidades del grupo
- 152 B. PASIVOS SUBORDINADOS
- C. PROVISIONES TÉCNICAS
- 300, 301 I. Provisiones para primas no consumidas y para riesgos en curso
- II. Provisiones de seguros de vida
- 310, 311 1. Provisiones para primas no consumidas y para riesgos en curso
- 312 2. Provisiones matemáticas
- 350, 340, 351, 341 III. Provisiones para prestaciones
- 352, 342, 353, 343
- 36 IV. Provisiones para participación en beneficios y para extornos
- 33 V. Provisiones para estabilización
- 37 VI. Otras provisiones técnicas
- 32 D. PROVISIONES TÉCNICAS RELATIVAS AL SEGURO DE VIDA CUANDO EL RIESGO DE INVERSIÓN LO ASUMEN LOS TOMADORES
- E. PROVISIONES PARA RIESGOS Y GASTOS
- 140 I. Provisión para pensiones y obligaciones similares
- 141 II. Provisión para tributos
- 496 III. Provisión para pagos por convenios de liquidación
- 142, 143, 144 IV. Otras provisiones

186 F. DEPÓSITOS RECIBIDOS POR REASEGURO
CEDIDO

G. DEUDAS

I. Deudas por operaciones de seguro directo

- | | |
|-----|--------------------------|
| 434 | 1. Deudas con asegurados |
| 433 | 2. Deudas con mediadores |
| 45 | 3. Deudas condicionadas |

400, 401 II. Deudas por operaciones de reaseguro

402 III. Deudas por operaciones de coaseguro

150, 510, 511 IV. Empréstitos

V. Deudas con entidades de crédito

- | | |
|----------|--|
| 176 | 1. Deudas por arrendamiento financiero |
| 170, 176 | 2. Otras deudas |

42 VI. Deudas por operaciones preparatorias de contratos de seguro

VII. Deudas por operaciones de cesiones temporales de activos

- | | |
|----------|-----------------------------------|
| 166, 167 | 1. Empresas del grupo y asociadas |
| 175 | 2. Otras |

VIII. Otras deudas

- | | |
|--|--|
| 160, 161, 162, 163,
164, 165, 550 | 1. Deudas con empresas del grupo y asociadas |
| 173, 174, 176, 180, 41,
465, 475, 476, 477,
478, 479, 512, 513, 514
551, 553, 555, 557, 559 | 2. Deudas fiscales, sociales y otras |

482, 485 H. AJUSTES POR PERIODIFICACIÓN
581, 583

6. La cuenta de pérdidas y ganancias en general

6.1. Concepto

Es un estado en el que se reflejan los resultados económicos de un sector o las actividades desarrolladas por una entidad en un período concreto, con motivo de su participación en determinado negocio.

6.2. Estructura

Adopta la forma de cuenta con el debe en la parte izquierda que representa los gastos y el haber en la parte derecha que representa los ingresos.

A) Gastos

En un amplio sentido, puede considerarse que los gastos es el conjunto de dispendios o consumos dinerarios que debe realizar una entidad a consecuencia directa o indirecta del ejercicio de sus actividades empresariales. Los gastos pueden ser fijos o variables:

a) Gastos fijos

Los constituyen aquellos que van inherentes a la existencia de la empresa y al mantenimiento y puesta a punto de su estructura industrial y comercial. En una entidad de seguros los gastos fijos están representados básicamente por:

— *Gastos generales*

Derivados del desarrollo de la actividad empresarial, tales como alquileres de locales de oficina, compra de material y mobiliario, consumo de energía eléctrica, obras e instalaciones, teléfono, correo y otras comunicaciones, viajes y locomoción en general, amortización de equipos de maquinaria y material móvil.

— *Gastos de personal*

Derivados de la retribución económica por los servicios prestados por los empleados de la empresa incluidos en su nómina.

Ambos, en su conjunto, representan los gastos de administración de la entidad.

b) Gastos variables

Son aquellos que están vinculados estrechamente al nivel y a la evolución de la producción y de la comercialización de la empresa.

En la actividad aseguradora los gastos variables básicamente son:

— Gastos de producción

Derivados directa o indirectamente de la actividad comercial de la entidad aseguradora; es decir, retribución de personal productor (comisiones, incentivos, *rappelles*, subvenciones, etc.), publicidad y otros semejantes.

En conjunto, los gastos de administración y los gastos de producción, representan los gastos de gestión de la entidad.

Otro de los epígrafes básicos de gasto variable dentro de la cuenta de resultados de una entidad de seguros, son los siniestros.

B) Ingresos

En un amplio sentido, puede considerarse como el conjunto de entradas dinerarias que tiene una entidad, a consecuencia directa o indirecta del ejercicio de su actividad empresarial.

En una entidad de seguros están fundamentalmente representados por las primas, además de las rentas regulares de sus inversiones o plusvalías de realización de las mismas.

7. La cuenta de pérdidas y ganancias en el plan contable de seguros

7.1. Comentario general

La cuenta de pérdidas y ganancias del plan contable de seguros la configuran los grupos 6, 7 y 8 del cuadro de cuentas. Tiene una estructura muy específica ajustada, principalmente, a la información que las entidades de seguros deben suministrar a los diversos agentes económicos.

El modelo de cuenta de pérdidas y ganancias contenido en el vigente plan contable de seguros, siguiendo las directrices marcadas por la normativa comunitaria europea, es una de las novedades más significativas de este último, ya que dicho estado ya no se presenta como «cuenta», sino que adopta la forma de «lista» en la cual se expresan en primer lugar los ingresos, los cuales son minorados por los gastos que corresponden a cada una de las categorías establecidas al efecto.

Dicha cuenta de resultados está formada por la cuenta técnica de vida, por la de los ramos distintos al de vida y por la cuenta no técnica. Las dos primeras reflejan los ingresos y gastos propios de la actividad aseguradora, mientras que la tercera contiene los ingresos y gastos que no hayan sido imputados a las cuentas técnicas.

7.2. Estructura

I. CUENTA TÉCNICA-SEGURO NO VIDA

I.1. Primas imputadas al Ejercicio, Netas de Reaseguro

700	a) Primas devengadas
702	a ₁) Seguro directo
7941, (6941)	a ₂) Reaseguro aceptado
	a ₃) Variación de la provisión para primas pendientes de cobro (+ -)
704	b) Primas del reaseguro cedido (-)
	c) Variación de la provisión para primas no consumidas y para riesgos en curso (+ o -)
7930, (6930)	c ₁) Seguro directo
	c ₂) Reaseguro aceptado
(7938), 6938	d) Variación de la provisión para primas no consumidas, reaseguro cedido (+ o -)

I.2. Ingresos de las inversiones

760	a) Ingresos procedentes de inversiones materiales
	b) Ingresos procedentes de inversiones financieras
761, 762, 763	b ₁) Ingresos procedentes de inversiones financieras en empresas del grupo y asociadas
765, 766, 768,	
769	b ₂) Ingresos procedentes de inversiones financieras
	b ₃) Otros ingresos financieros
	c) Aplicaciones de correcciones de valor de las inversiones
7923	c ₁) De inversiones materiales

7924, 7925, 7926,
7927, 7928, 7929

*c*₂) De inversiones financieras

753

d) Beneficios en realización de inversiones

*d*₁) De inversiones materiales

*d*₂) De inversiones financieras

751, 773

I.3. Otros ingresos técnicos

I.4. Siniestralidad del ejercicio, neta de reaseguro

a) Prestaciones pagadas

(600)

*a*₁) Seguro directo

(602)

*a*₂) Reaseguro aceptado

604

*a*₃) Reaseguro cedido (-)

b) Variación de la provisión para prestaciones (+ o -)

(6934), 7934

*b*₁) Seguro directo

(6934), 7934

*b*₂) Reaseguro aceptado

6938, (7938)

*b*₃) Reaseguro cedido

(80)

c) Gastos imputables a prestaciones

(6937), 7937

I.5. Variación de otras provisiones técnicas, netas de reaseguro (+ o -)

6938, (7938)

I.6. Participación en beneficios y extornos

(606)

a) Prestaciones y gastos por participación en beneficios y extornos

(6936), 7936

a) Variación de la provisión para participación en beneficios y extornos (+ o -)

I.7. Gastos de explotación netos

(610), 737, (820)

a) Gastos de adquisición

(821)

b) Gastos de administración

710, 712

c) Comisiones y participaciones en el reaseguro cedido y retrocedido

7933,

I.8. Variación de la provisión de estabilización (+ o -)

(6933)

I.9. Otros gastos técnicos (+ o -)

(6940), 7940,

a) Variación de provisiones por insolvencias (+ o -)

(695), 795,

(6921), 7921,

b) Variación de provisiones por depreciación del inmovilizado (+ o -)

(6922), 7922,

- (607), 607, c) Variación de prestaciones por convenios de liquidación de siniestros (+ o -)
- (651), (670), c) Otros
- (673), (86)

I.10. Gastos de las inversiones

- (661), (662), (663), a) Gastos de gestión de las inversiones
- (668), (669), (842),
- (843), (844),
- (848) a₁) Gastos de inversiones y cuentas financieras
- (6923) a₂) Gastos de inversiones materiales
- reales b) Correcciones de valor de las inversiones
- (6924), (6925), (6926), b₁) Amortización de inversiones materiales
- cieras b₂) De provisiones de inversiones materiales
- (6927), (6928), (6929) b₃) De provisiones de inversiones financieras
- (653) c) Pérdidas procedentes de las inversiones
- (654) c₁) De las inversiones materiales
- c₂) De las inversiones financieras

I.11. Subtotal (resultado de la cuenta técnica del seguro no vida)

II. CUENTA TÉCNICA-SEGURO DE VIDA

II.1. Primas imputadas al ejercicio, netas de reaseguro

- 701 a) Primas devengadas
- 703 a₁) Seguro directo
- 7941, (6941) a₂) Reaseguro aceptado
- a₃) Variación de la provisión para primas pendientes de cobro (+ o -)
- (705) b) Primas del reaseguro cedido (-)
- c) Variación de la provisión para primas no consumidas y para riesgos en curso (+ o -)
- 7931, (6931) c₁) Seguro directo
- c₂) Reaseguro aceptado

(7939), 6939 *d)* Variación de la provisión para primas no consumidas, reaseguro cedido (+ o -)

II.2. Ingresos de las inversiones

760 *a)* Ingresos procedentes de inversiones materiales

761, 762, 763 *b)* Ingresos procedentes de inversiones financieras

765, 766, 768,

769

b₁) Ingresos procedentes de inversiones financieras en empresas del grupo y asociadas

b₂) Ingresos procedentes de inversiones financieras

b₃) Otros ingresos financieros

c) Aplicaciones de correcciones de valor de las inversiones

7923

7924, 7925, 7926,

7927, 7928, 7929

c₁) De inversiones materiales

c₂) De inversiones financieras

d) Beneficios en realización de inversiones

753

d₁) De inversiones materiales

754

d₂) De inversiones financieras

764

II.3. Plusvalías no realizadas de las inversiones

751, 773

II.4. Otros ingresos técnicos

II.5. Siniestralidad del ejercicio, neta de reaseguro

a) Prestaciones pagadas

(601)

a₁) Seguro directo

(603)

a₂) Reaseguro aceptado

605

a₃) Reaseguro cedido

b) Variación de la provisión para prestaciones (+ o -)

(6935), 7935

b₁) Seguro directo

(6935), 7935

b₂) Reaseguro aceptado

6939, (7939)

b₃) Reaseguro cedido

(81)

c) Gastos imputables a prestaciones

II.6. Variación de otras provisiones técnicas, netas de reaseguro (+ o -)

a) Provisiones para seguros de vida

- (6931), 7931
 (6931), 7931
 6939, (7939)
 (6932), 7932
- a*₁) Seguro directo
 - a*₂) Reaseguro aceptado
 - a*₃) Reaseguro cedido
 - b*) Provisiones para seguros de vida cuando el riesgo de inversión lo asuman los tomadores de seguros

II.7. Participación en beneficios y extornos

- (606)
 (6936), 7936
- a*) Prestaciones y gastos por participación en beneficios y extornos
 - b*) Variación de la provisión para participación en beneficios y extornos (+ o -)

II.8. Gastos de explotación netos

- (830)
 (611), 737, (8301)
 (831)
 711, 713
- a*) Gastos de adquisición
 - b*) Variación del importe de los gastos de adquisición diferidos
 - c*) Gastos de administración
 - d*) Comisiones y participaciones del reaseguro cedido y retrocedido

II.9. Otros gastos técnicos

- (6940), 7940
 (695), 795
 (6921), 7921
 (6922), 7922
 (651), (670)
 (673), (87)
- a*) Variación de provisiones por insolvencias (+ o -)
 - b*) Variación de provisiones por depreciación del inmovilizado (+ o -)
 - c*) Otros

II.10. Gastos de las inversiones

- (661), (662), (663)
 (668), (669), (852),
 (853), (854)
 (858)
 (6923)
- a*) Gastos de gestión de las inversiones
 - a*₁) Gastos de inversiones y cuentas financieras
 - a*₂) Gastos de inversiones materiales
 - b*) Correcciones de valor de las inversiones
 - b*₁) Amortización de inversiones materiales
 - b*₂) De provisiones de inversiones materiales

(6924), (6925), (6926),
(6927), (6928), (6929)

*b*₃) De provisiones de inversiones financieras

(653)

c) Pérdidas procedentes de las inversiones

(654)

*c*₁) De las inversiones materiales

*c*₂) De las inversiones financieras

(764)

II.11. Minusvalías no realizadas de las inversiones

II.12. Subtotal (resultado de la cuenta técnica del seguro de vida)

III. CUENTA NO TÉCNICA

III.1. Resultado de la cuenta técnica del seguro no vida

III.2. Resultado de la cuenta técnica del seguro de vida

III.3. Ingresos de las inversiones

760

a) Ingresos procedentes de inversiones materiales

761, 762, 763

b) Ingresos procedentes de inversiones financieras

766, 768, 769

*b*₁) Ingresos procedentes de inversiones financieras en empresas del grupo y asociadas

*b*₂) Ingresos procedentes de inversiones financieras

*b*₃) Otros ingresos financieros

c) Aplicaciones de correcciones de valor de las inversiones

7923

*c*₁) De inversiones materiales

7924, 7925, 7926,

*c*₂) De inversiones financieras

7927, 7928, 7929

d) Beneficios en realización de inversiones

753

*d*₁) De inversiones materiales

754

*d*₂) De inversiones financieras

III.4. Gastos de inversiones

(661), (662), (668)

a) Gastos de gestión de las inversiones

(669), (852), (883)

	a ₁) Gastos de inversiones y cuentas financieras
	a ₂) Gastos de inversiones materiales
(888)	b) Correcciones de valor de las inversiones
(6923)	b ₁) Amortización de inversiones materiales
	b ₂) De provisiones de inversiones materiales
(6924), (6925), (6926)	b ₃) De provisiones de inversiones financieras
(6927), (6928), (6929)	
(653)	c) Pérdidas procedentes de las inversiones
(654)	c ₁) De las inversiones materiales
	c ₂) De las inversiones financieras

730
731, 732,
733, 74,
751, 752, 791

III.5. Otros ingresos

(651)
(652),
(6921), 7921
(6922), 7922
(6940), 7940
(695), 795, (88)

III.6. Otros gastos

77
(671), (672),

III.7. Ingresos extraordinarios

(673)

III.8. Gastos extraordinarios

(630)
(633), 638

III.9. Impuesto sobre beneficios

(129)

III.10. Resultado del ejercicio

8. La memoria

8.1. Consideraciones generales

La memoria, conjuntamente con el balance y la cuenta de pérdidas y ganancias, integra las cuentas anuales.

La memoria a que hace referencia el plan contable de seguros conjuga las exigencias establecidas al efecto por el plan general de contabilidad con las prescripciones que sobre la materia establece la normativa europea sobre la contabilidad sectorial propia del seguro privado.

Así la memoria contiene la información necesaria para ampliar y *completar el contenido del balance y de la cuenta de pérdidas y ganancias*, debido a que existen un gran número de operaciones empresariales que no son recogidas de manera suficiente en dichos estados financieros que solo se limitan al movimiento contable, por lo cual resulta imprescindible generar un documento que pueda aclarar adecuadamente tales operaciones.

Además incluye un *estado del resultado técnico por ramos* distintos del de vida y un *estado de flujos de tesorería*, que se aparta en esta materia del cuadro de financiación del plan general de contabilidad cuya estructura no se adapta a la inversión del proceso productivo que caracteriza básicamente a la actividad aseguradora, los estados de *cobertura de provisiones técnicas* y el de *margen de solvencia*, como un aspecto esencial de la información que se ofrece a terceros y en consideración a la importancia que representan en la expresión de la imagen fiel de las entidades.

Así mismo se establece una «memoria abreviada» para las entidades cuyo volumen de primas emitidas no supere en cada ejercicio 500.000.000 de pesetas, siempre que no operen en alguno de los ramos de Vida, Crédito y Caución, o exclusivamente en reaseguro.

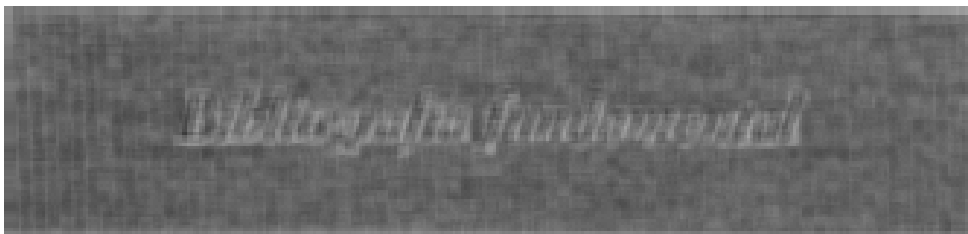
8.2. Contenido y estructura

La memoria integrante de las cuentas anuales debe tener, como, mínimo el siguiente contenido:

1. *Información general sobre la entidad y su actividad.*
2. *Bases de presentación de las cuentas anuales:* imagen fiel; principios contables; comparación de la información; elementos recogidos en varias partidas, y criterios de imputación de gastos e ingresos.
3. *Distribución de resultados.*
4. *Normas de valoración.*
5. *Información sobre ciertas partidas del balance y de la cuenta de pérdidas y ganancias:* gastos de establecimiento; inmovilizado inmaterial; comisiones anticipadas y otros gastos de adquisición activados; inmovilizado material e inversiones materiales; inversiones financieras; inversiones por cuenta de tomadores de seguros que asu-

man el riesgo de inversión; otros activos; fondos propios; pasivos subordinados; provisiones técnicas; provisiones para pensiones y obligaciones similares; otras provisiones del grupo 1; deudas, y operaciones con empresas del grupo.

6. *Información sobre el seguro de vida.*
7. *Distribución territorial del negocio.*
8. *Situación fiscal.*
9. *Información del seguro de no vida*
10. *Otra información:* sueldos, dietas y remuneraciones de los miembros del órgano de administración; Anticipos y créditos concedidos a dichos administradores; obligaciones en materia de pensiones y seguros de vida contraídas con los miembros del órgano de administración, entre otras.
11. *Contecimientos posteriores al cierre.*
12. *Estados de flujos de tesorería durante el ejercicio y de evolución de la tesorería durante el ejercicio.*
13. *Estado de cobertura de provisiones técnicas.*
14. *Estado del margen de solvencia.*



A continuación, se ofrece una breve relación bibliográfica de obras españolas que pueden ser útiles para la ampliación de las materias contenidas en los capítulos del presente manual.

La relación carece de ánimo excluyente, no implica juicio negativo de ningún tipo respecto de las obras que no aparecen en la misma y solo trata de ofrecer un conjunto de referencias bibliográficas que puedan servir al lector interesado para ampliar conocimientos. Las propias relaciones bibliográficas incluidas en las obras aquí relacionadas conducirán en la mayoría de los casos, a su vez, a mayores niveles de información.

Algunas de las obras que se relacionan, a pesar de su antigüedad, se incluyen por haberse convertido en clásicos de la materia. Otras, no obstante versar sobre la legislación de ordenación y de contabilidad anterior a la vigente, se incluyen por servir todavía como obras aptas para la comprensión de gran parte de la normativa en vigor.

OBRAS DE INTRODUCCIÓN

SÁNCHEZ CALERO, Fernando: *Curso de Derecho del seguro privado*. Ed. Nauta. Bilbao, 1961.

CABALLERO SÁNCHEZ, Ernesto: *Introducción al estudio del seguro privado*. Madrid, 1948.

HERNANDO DE LARRAMENDI, I.; PARDO, J. A., y CASTELO, J.: *Manual básico de seguros*. Editorial MAPFRE. Madrid. 1981.

OBRAS DE REFERENCIA

CASTELO MATRÁN, J. y GUARDIOLA LOZANO, A.: *Diccionario MAPFRE de seguros*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1992.

SANZ PARRILLA, Milagros: «Ensayo bibliográfico sobre Derecho de seguros en España (1980-1992)». *Revista Española de Seguros*. Número extraordinario. 1993.

ORDENACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL SEGURO PRIVADO:

LINDE PANIAGUA, Enrique: *Derecho público del seguro*. Ed. Montecorvo. Madrid, 1977.

TIRADO SUÁREZ, Francisco Javier: *Ley ordenadora del seguro privado, «exposición y crítica»*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla, 1984.

Comentarios a la Ley de Ordenación del seguro privado. Obra colectiva dirigida por EVELIO VERDERA TUELLES. CUNEF. Madrid, 1988.

Estudios y comentarios sobre la Ley de Ordenación y supervisión de los seguros privados (Obra colectiva). SEAIDA. Fundación MAPFRE. Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1997.

NUÑEZ LOZANO, M.^a del Carmen: *Ordenación y supervisión de los seguros privados*. Instituto Universitario de Derecho Público «García Oviedo» y Ed. Marcial Pons. Madrid, 1998.

Comentarios a la liquidación de entidades aseguradoras por la CLEA (Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras). Ministerio de Economía y Hacienda. Secretaría de Estado de Economía. Madrid, 1998.

BARRERO RODRÍGUEZ, Enrique: *El consorcio de compensación de seguros*. Biblioteca Jurídica Cuatrecasas. Tirant lo Blanch. Valencia, 2000.

CONTRATO DE SEGURO

Comentarios a la Ley de contrato de seguro. Obra colectiva dirigida por EVELIO VERDERA Y TUELLES. CUNEF. Madrid, 1982.

SÁNCHEZ CALERO, Fernando y TIRADO SUÁREZ, Francisco Javier: «Ley de contrato de seguro», en *Comentarios al Código de Comercio Legislación Mercantil Especial* (dirigidos por Miguel Motos y Manuel Albaladejo). Tomo XXIV (3 volúmenes). Ed. Revista de Derecho privado. Madrid, 1989.

SÁNCHEZ CALERO, Fernando (Director); TIRADO SUÁREZ, Javier; TAPIA HERMIDA, Alberto Javier y FERNÁNDEZ ROZAS, José Carlos, con la colaboración de FUENTES CAMACHO, Víctor y CRESPO HERNÁNDEZ, Ana: *Ley de contrato de seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*. Aranzadi Editorial. Pamplona, 1999.

VV.AA.: *Seguros de vida, accidentes, salud y planes de pensiones*. Departamento de Desarrollo de MAPFRE Vida. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 2000.

VV.AA.: *El seguro del automóvil*. Editorial MAPFRE. Madrid, 1996.

PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

CABALLERO SÁNCHEZ, Ernesto: *El consumidor de seguros. Protección y defensa*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1997.

MEDIACIÓN

ELGUERO, José María: *El contrato de agencia de seguros*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 2000.

CONTABILIDAD Y ANÁLISIS ECONÓMICO-FINANCIERO

FERNÁNDEZ PALACIOS, Juan y MAESTRO, José Luis: *Manual de contabilidad y análisis financiero de seguros*. Centro de Estudios del Seguro. Madrid, 1991.

LINARES PEÑA, Ángel. *Contabilidad de entidades aseguradoras*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1998.

LOZANO ARAGÜÉS, Ricardo: *Análisis prácticos de la normativa patrimonial de las entidades aseguradoras*. Centro de Estudios del Seguro. Madrid, 1999.

MAESTRO, José Luis: *Garantías técnico financieras de las entidades aseguradoras*. Centre Universitari E.A.E. Winterthur. Barcelona, 2000.

FERNÁNDEZ RUIZ, Antonio José: *Análisis de los estados financieros de las entidades aseguradoras*. Aula Universitaria de Economía Actuarial y Financiera. Madrid, 2000.

MATEMÁTICA Y ESTADÍSTICA ACTUARIAL

LATORRE LLORENS, Luis: *Teoría del riesgo y sus aplicaciones a la empresa aseguradora*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1992.

- NIETO DE ALBA, Ubaldo y VEGAS ASENSIO, Jesús: *Matemática actuarial*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1993.
- LÓPEZ CACHERO, Manuel y LÓPEZ DE LA MANZANARA BARBERO, Juan: *Estadística para actuarios*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1996.
- GIL FANA, José Antonio; HERAS MARTÍNEZ, Antonio y VILAR ZANÓN, José Luis: *Matemática de los seguros de vida*. Fundación MAPFRE Estudios. Editorial MAPFRE. Madrid, 1999.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de Fernández Ciudad, S. L.
en el mes de julio de 2001

