

**ESTUDIO DE LOS CONTRATOS
DE SEGUROS DE SALUD Y DECESOS:
DOCUMENTACIÓN PRECONTRACTUAL,
CONTRATACIÓN E IDENTIFICACIÓN
DE CLÁUSULAS ABUSIVAS**

© Edita Consejo Regional de Mediadores de Seguros CLM

C/ Huérfanos Cristinos 1
Portal 4 Bajo
45003 Toledo

Depósito Legal: TO 91-2026

ISBN: 978-84-09-82635-3

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte una obra literaria, artística o científica o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

ESTUDIO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS DE SALUD Y DECESOS: DOCUMENTACIÓN PRECONTRACTUAL, CONTRATACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CLÁUSULAS ABUSIVAS

AUTORES

Directores de investigación

Cristina Escribano Gamir

César García González

Autores:

Alejandro Mestre

Héctor Bello

Sara Ugena

Begoña Lagos

Pilar Domínguez

Estudio de los contratos de seguros de salud y decesos: documentación precontractual, contratación e identificación de cláusulas abusivas.

ÍNDICE

I.	Introducción y justificación del estudio.....	7
II.	Perímetro jurídico y jurisprudencial del estudio.	15
III.	Identificación y análisis de cláusulas abusivas en seguros de Salud y Decesos	55
IV	Encuesta	89
V	Conclusiones: propuestas lege ferenda. Acciones propuestas.	107
	Bibliografía	111

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Dado que la protección a las personas consumidoras es un pilar fundamental en las políticas públicas¹, el Gobierno Regional, a través de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de CLM, vela por el *“derecho de acceso a la información y al conocimiento como bienes intangibles de uso y disfrute en el ámbito de la protección de las personas consumidoras”*².

Compromiso que en el caso de la protección a las personas consumidoras de seguros de automóviles y hogar cristalizó en el Estudio del Grado de Conocimiento de las Distintas Figuras de Distribución de Seguros e Ilegalidad de las Pólizas de Automóviles y Hogar en CLM³.

Compromiso que además se mantiene en el futuro Estatuto de Autonomía⁴.

Como continuación de tal compromiso del Gobierno Regional de información y conocimiento en materia de consumo, el presente Proyecto de investigación titulado *“Grado de conocimiento de las distintas figuras de distribución de seguros e ilegalidad de las pólizas de seguros de Salud y Decesos en Castilla-La Mancha”*, se abordan varios aspectos clave relacionados con el sector asegurador en la región.

Este respaldo institucional deriva no solo por el imperativo legal vigente antes citado, sino por el venidero⁵, así como por un claro compromiso en arrojar luz a las personas consumidoras, en este caso, de seguros, a través del ente que asume tal compromiso en la Región, el Consejo Regional de Colegios de Mediadores de Seguros de CLM, el cual, entre sus fines tiene el de *“la colaboración en el funcionamiento, promoción y mejora del sector asegurador en Castilla-La Mancha”*⁶, siendo sabedores, los mediadores, de que *“cualquier persona, con independencia de su actividad profesional, tiene que enfrentarse de manera continuada a sucesivas decisiones financieras a lo largo de toda su vida”*⁷.

¹ Art. 169 TFUE. Art. 32.6 Estatuto Autonomía de CLM.

² Arts. 5.6; 44 Ley 3/2019, de 22 de Marzo, por la que se aprueba el Estatuto de las Personas Consumidoras en CLM

³ Puede verse el mismo GRATUITAMENTE en [<https://consejoregionalclmmediadoresdeseguros.org/estudio-del-grado-de-conocimiento-de-las-distintas-figuras-de-distribucion-de-seguros-e-ilegalidad-de-las-polizas-de-automovil-y-hogar-en-clm/>] [Consulta 1/12/2025]

⁴ Arts. 20.m y 77.1.h Proyecto de LO 127/000002 de PROPUESTA DE REFORMA DE ESTATUTO DE AUTONOMÍA para CLM.

⁵ Art. 77.1.e Proyecto de LO 127/000002 de PROPUESTA DE REFORMA DE ESTATUTO DE AUTONOMÍA para CLM.

⁶ Art. 5 Resolución de 30/05/2014, de la Viceconsejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se publican los estatutos del Consejo de Colegios Profesionales de Mediadores de Seguros de Castilla-La Mancha. También vide art.19 Ley 3/2019, de 22 de Marzo, por la que se aprueba el Estatuto de las Personas Consumidoras en CLM.

⁷ **Domínguez Martínez, José M^a**; La cultura financiera en la sociedad española: conocimientos, competencias y hábitos financieros, *Panorama Social n°35 FUNCAS*, Primer Semestre 2022 Pág. 24.

Así pues, el compromiso de ambas instituciones se articula mediante el CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA Y EL CONSEJO REGIONAL DE COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS DE CASTILLA-LA MANCHA PARA EL DESARROLLO DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DEL OBSERVATORIO DE CONSUMO, el cual se cristaliza con el Presente Estudio⁸.

El Presente Estudio pretende fundamentalmente valorar el grado de conocimiento y de comprensión por parte de los ciudadanos/consumidores medios de toda aquella información relativa o perteneciente al mundo de los seguros⁹, en dos productos muy demandados por las personas consumidoras, a saber, los seguros de Salud y seguros de Decesos, los cuales, tras la Pandemia Covid-19 han disparado su contratación¹⁰.

Centrándonos en el marco contractual asegurador, hacemos un filtro de legalidad objetivo por el cual se determine la nulidad o abusividad de algunas cláusulas, así como de redacción que en algunos casos, dificultan al consumidor medio conocer qué implican determinadas cláusulas, qué se tiene contratado, o incluso, si se vacía de contenido el propio contrato.

La ilegibilidad de las cláusulas en las pólizas de seguros constituye un problema significativo en la protección de los derechos de los asegurados y aún más cuando esta parte contractual tiene la consideración de consumidor. Máxime siendo los contratos de seguros- en general- contratos de adhesión¹¹, la validez de las cláusulas depende de que estén redactadas de manera clara, precisa, concisa y transparente, permitiendo al consumidor entender fácilmente su contenido y alcance¹².

En este proyecto se analiza cómo la ilegibilidad, la falta de claridad y transparencia en estas cláusulas y en definitiva la falta de entendimiento por el tomador/asegurado como persona consumidora media, genera desafección por parte del consumidor al tener sensación de engaño, y, desde un punto de vista judicial, puede provocar, además de su no incorporación en la póliza, la declaración por los tribunales de las cláusulas como abusivas y por ende nulas en aras a la específica protección consagrada en la legislación de seguros y en mayor profundidad en la de consumo. Además, se explora el impacto de

⁸ Vide [<https://fundaciongeneraluclm.es/nuevo-estudio-sobre-la-legalidad-de-las-polizas-de-salud-y-decesos/>] [Consulta 1/12/2025]

⁹ Art. 4.2 Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal.

¹⁰ [<https://www.metlife.es/institucional/blog/pandemia-aumenta-interes-seguros-vida/>] [Consulta 1/12/2025]

¹¹ Quedan fuera como contratos de adhesión o como contratos con personas consumidoras los del Artículo 11 LOSSEAR

¹² Dada la importancia de este asunto y el interés al respecto desde las instancias Comunitarias se aprobó el Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión de 11 de Agosto de 2017, por el que se establece un formato de presentación normalizado para el documento de información sobre productos de seguro, aplicable a los ramos del anexo I de la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo conforme Directiva (UE) 2016/97. También vide art. 176 RD Ley 3/2020. En el marco de los seguros de vida, será de aplicación el Reglamento Delegado (UE) 2017/2359 de la Comisión, de 21 de Septiembre, por el que se completa la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a los requisitos de información y las normas de conducta aplicables a la distribución de productos de inversión basados en seguros. También vide art. 182 RD Ley 3/2020.

estas prácticas en la distribución de seguros, tomando como referencia la contratación de los seguros de los ramos de Salud y Decesos, analizando de forma pormenorizada diferentes clausulados elaborados por referentes compañías aseguradoras operantes en Castilla-La Mancha.

En armonía con lo anterior, se pretende valorar los conocimientos que tiene el consumidor medio al respecto de la terminología aseguradora.

Como ya hemos indicado se pretende hacer referencia a los términos utilizados y/o la semántica, pretendiendo generar un debate con el fin de valorar otro tipo de denominación menos técnica y más “de la calle” en aras a facilitar esa comprensión para que los ciudadanos tuvieran mejor y mayor capacidad de conocimiento respecto aquello que están contratando¹³.

Se propone una revisión en la redacción de los contratos para evitar la tan conocida letanía en el sector asegurador como *“letra pequeña que ni se ve ni se entiende”*.

De esta manera, a través de un lenguaje menos técnico y con una extensión adecuada para unas habilidades lectoras medias, las prestaciones aseguradoras generarían menor confusión/desengaño y, por ende, mayor aceptación/valor.

En otro orden, también pondrá de manifiesto el valor de la figura de los mediadores de seguros¹⁴, quienes, en definitiva, en la actualidad devienen traductores de los contratos que se realizan a través suyo, “traduciendo” del lenguaje técnico-legal al “habitual” de la calle.

Habida cuenta que hay escasa cultura financiera en general¹⁵, y en concreto de seguros, podríamos decir que de una manera lenta pero paulatina con la ayuda de los mediadores de seguros se podría mejorar la percepción de valor de los seguros y traducir al *román paladino* los tecnicismos que se recogen en los condicionados de los seguros¹⁶.

Así pues se pretende alertar de que las carencias sociales en esta materia permiten prácticas abusivas – por desconocimiento del consumidor medio- y, llegado el caso identificar situaciones abusivas por parte de las aseguradoras, que puedan suponer una acción coercitiva por parte de la Administración Regional en el marco de su competencia¹⁷,

¹³ Como ya ocurre en otros ámbitos también con bastante argot como es el jurídico. Art. 9 LO5/2004, de 11 de Noviembre, del Derecho a la Defensa.

¹⁴ Vgr. **García C.**; “El asesoramiento objetivo del corredor de seguros al tomador de la póliza en caso de siniestro” *Revista Legal del Centro de Estudios Financieros*, CEF LEGAL nº 137, Junio 2012. Pp. 41-56. ISSN 1699-129X. **García, C.**; “Cuestiones Prácticas del Análisis Objetivo”, *Revista Pymeseguros*, Nº 10, 2011. **García, C.**; “El valor añadido del mediador en los riesgos extraordinarios”, *Revista Aseguradores del Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros*, nº500, Año 2021, página 50.

¹⁵ **Domínguez Martínez, José M^a**; La cultura financiera en la sociedad española: conocimientos, competencias y hábitos financieros, *Panorama Social nº35 FUNCAS*, Primer Semestre 2022 Pp. 23-41.

¹⁶ Y ello a pesar de los esfuerzos realizados desde Bruselas. Vide **García, C.**: “Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 y sus implicaciones jurídicas”, *Revista Española de Seguros* Nº 179 Julio-Septiembre 2019. Pp 279-316. ISSN 0034-9488

¹⁷ Arts 123 y ss; 136 y ss. Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha.

sin entrar en conflictos con el Estado¹⁸, aun partiendo de la premisa de ostentar plena capacidad para ello¹⁹.

Desde la perspectiva de la persona consumidora, centrados en las pólizas de seguro contratadas con más habitualidad en CLM, se analizan las pólizas estándar desde el marco legal de protección al asegurado, en tanto en cuanto persona consumidora; es decir, qué cláusulas pueden ser abusivas o nulas a tenor del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, sin olvidarnos de la Ley 3/2019, de 22 de Marzo, por la que se aprueba el Estatuto de las Personas Consumidoras en CLM.

El sector de los seguros es complejo y está regulado por una normativa dispersa, lo que, junto con la falta de conocimiento especializado en seguros por parte de los consumidores y la presión al contratar determinados productos por existir una imposición legal, aumenta la probabilidad de conflictos entre las aseguradoras y los asegurados. Estos conflictos frecuentemente resultan en un incremento de reclamaciones y demandas judiciales contra las aseguradoras, debido en gran parte a la inclusión de cláusulas perjudiciales en sus contratos²⁰.

Aumento de la litigiosidad frente a las aseguradoras, aún a pesar de lo pretendido con la implementación de los MASC por la Ley Orgánica 1/2025, cuestión a la que la Región se pudo adelantar a la solución dada por el Estado mediante el Anteproyecto de Ley de Garantías y Medios para la resolución alternativa de conflictos en materia de consumo²¹.

En efecto, la generalidad de los contratos de seguro²², se realizan mediante condiciones generales preestablecidas, conocidas como contratación en masa. Estos contratos tienen como objetivo proporcionar cobertura a una pluralidad de personas para proteger sus intereses frente a posibles riesgos. En este tipo de contratación, las condiciones generales no son negociadas entre las partes, es decir son cláusulas *“take it or leave it”* -lo tomas o lo dejas²³; en su lugar, son redactadas previamente por una parte predisponente para ser aceptadas por los adherentes, lo que limita la libertad de negociación.

¹⁸ Art. 16 LOSSEAR.

¹⁹ STS Sala 4ª, 1557/2017, de 16 de Septiembre. Arts. 140-143 Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha.

²⁰ PERTÍÑEZ VILCHEZ, F.: “Tutela de los consumidores y cláusulas abusivas en el contrato de seguro”, Retos y desafíos del contrato de seguro: del necesario aggiornamiento a la metamorfosis del contrato, (coord.) MARTÍNEZ MUÑOZ, M., (Dir.) VEIGA COPO, A., Aranzadi, Pamplona, 2020, pp. 589-612.

²¹ Vide Anteproyecto de Ley de Garantías y Medios para la resolución alternativa de conflictos en materia de consumo [https://www.castillalamancha.es/gobierno/desarrollosostenible/estructura/dgagencons/actuaciones/anteproyecto-de-ley-de-garant%C3%ADas-y-medios-para-la-resoluci%C3%B3n-alternativa-de-conflictos-en-materia-de[Consulta 1/12/2025]

²² Según el art. 1 LCS, “(p)or el contrato de seguro el asegurador se obliga mediante el cobro de una 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”.

²³ STS 241/2013; Pleno Sala 1ª, de 19 de Marzo.

Con este marco de circunstancias, los objetivos principales de este estudio son:

1. Evaluar el Conocimiento del Consumidor: Se pretende medir el nivel de conocimiento de los consumidores de Castilla-La Mancha sobre las distintas figuras de distribución de seguros, así como su comprensión de las pólizas de seguro de Salud y Decesos.

Evaluar el grado de conocimiento de estos seguros en concreto viene derivado de una realidad social incuestionable, a saber, son los seguros que la mayor parte de la población castellano manchega contrata- como en el resto de España²⁴, derivado de su obligatoriedad.

2. Identificación de Cláusulas Abusivas/ nulas: Dentro del marco competencial de la Junta de Comunidades de CLM desarrollado en la Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha y al amparo- principalmente- del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementaria, el estudio se centra en identificar posibles cláusulas abusivas o nulas dentro de las pólizas de seguros, con el fin de proteger los derechos de los consumidores, con especial incidencia en la labor de la mediación en seguros, entendida esta como una garantía del consumidor- antes y tras la contratación de una póliza- frente al asegurador.
3. La metodología incluye el análisis de documentación contractual, así como encuestas a consumidores, con la finalidad de obtener datos precisos sobre el conocimiento y percepción de los seguros en la región. Se espera que los resultados permitan formular recomendaciones para mejorar la educación y protección del consumidor en el ámbito asegurador de Castilla-La Mancha.

Siendo que este proyecto se inscribe dentro del estudio sobre la distribución de seguros y la legibilidad de las pólizas en Castilla-La Mancha, con el propósito de identificar y analizar las cláusulas abusivas y las prácticas inadecuadas en los contratos de seguros de Salud y Decesos, para lograr este objetivo, es fundamental realizar un análisis legislativo, doctrinal y jurisprudencial, con especial énfasis en las resoluciones judiciales de los Tribunales.

Además, el proyecto- de gran interés por las personas consumidoras²⁵- busca proponer medidas para mejorar la transparencia y la protección del consumidor en el sector asegurador de la Región.

Lo establecido en el artículo 32.6 del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha²⁶, otorga a esta Comunidad Autónoma competencias en el desarrollo legislativo y ejecución

²⁴ Informe Estamos Seguros 2020, Unespa. 2021 [IES2020_-paginas-individuales.pdf (unespa.es) [Consulta web 1/8/2024] Pág.7.

²⁵ Vgr. [https://www.latribunadetoledo.es/noticia/zcf1736ea-0bac-4a2c-9dff32d3c3462665/202510/nuevo-estudio-sobre-la-legalidad-de-las-polizas-de-salud-y-decesos [Consulta 1/12/2025]; también vide [https://masquealba.com/polizas-salud-y-decesos/ [Consulta 1/12/2025];

²⁶ LO 9/1982.

en materia de defensa de los consumidores y usuarios, que cristalizan con la Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha (LEPCCLM).

Cuestión que se mantiene en el Proyecto de LO 127/000002 de Propuesta de Reforma de Estatuto de Autonomía para CLM²⁷.

Este marco normativo se centra en garantizar la protección de los derechos de los consumidores, abordando aspectos como la seguridad, la salud y los intereses económicos, promoviendo además la transparencia y la educación de los consumidores.

No en vano el art. 4.2. de la citada Ley, menciona entre los derechos básicos del consumidor:

“La protección de sus legítimos intereses económicos y sociales, en particular frente a situaciones de desequilibrio como las prácticas comerciales desleales o abusivas, o la introducción de cláusulas abusivas en los contratos; y con especial incidencia en los intereses colectivos y aquellos que afecten a un número indeterminado de personas consumidoras”.

Además, y en aras a la protección del consumidor con relación a estas cláusulas, el art. 33.2.y 3 de la misma Ley establece que:

“2. Las cláusulas abusivas contenidas en las condiciones generales de los contratos y las prácticas abusivas que vulneren los derechos de las personas consumidoras serán sancionadas por las administraciones competentes en materia de consumo. Las administraciones públicas adoptarán las medidas que sean de su competencia para conseguir el cumplimiento de la legislación vigente, en especial con la finalidad de que las personas consumidoras estén protegidas contra las cláusulas y las prácticas abusivas ilegibles o de difícil comprensión en los contratos y en las transacciones. Por su parte, las personas consumidoras tienen derecho a solicitar la eliminación y el cese de las cláusulas y prácticas abusivas o desleales. En el caso de los créditos o préstamos hipotecarios, puede preverse la aplicación de mecanismos tales como la dación en pago.

3. La administración autonómica competente en materia de consumo publicará en el portal web del Gobierno de Castilla-La Mancha, aquellas prácticas o condiciones consideradas desleales o cláusulas contractuales consideradas abusivas y que así hayan sido ratificadas por los órganos judiciales”.

De este modo, en correlación con la Ley 3/2019 que proporciona un fundamento legal sólido para identificar y abordar cláusulas abusivas y prácticas inadecuadas en los contratos de seguros, este Proyecto de investigación, queda enfocado en la legibilidad y abusividad de los contratos de seguros de Salud y Decesos en Castilla-La Mancha.

²⁷ Concretamente en los Arts. 20.m y 77.1.h.

Y no solo evaluar el grado de conocimiento de los consumidores sobre los contratos de seguros, su legalidad o no, sino que también, y a modo de conclusiones proponer acciones y medidas que fortalezcan la protección al consumidor, contando con un importante baluarte constituido por el distribuidor o mediador de seguros²⁸, alineándose con los objetivos legislativos de la Comunidad Autónoma de mejorar la transparencia y el acceso a una información clara y comprensible para toda la ciudadanía.

Este marco legal autonómico no impide que podamos dejar de lado, en este estudio el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementaria, la Ley 7/1998, de 13 de abril, sobre condiciones generales de la contratación, la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal así como la Ley 50/1980, del Contrato de Seguro, siendo este perímetro normativo analizado en el epígrafe correspondiente, junto con la normativa comunitaria²⁹.

Toda esta labor que cristaliza en el presente Proyecto de investigación titulado “Grado de conocimiento de las distintas figuras de distribución de seguros e ilegibilidad de las pólizas de seguros de Salud y Decesos en Castilla-La Mancha”; labor realizada por Profesores del Área de Derecho Mercantil de la Facultad de Ciencias Jurídico Sociales de Toledo (UCLM) y que ha contado con especialistas del sector asegurador, tanto en la vertiente de la distribución de seguros, como jurídica y actuarial.

Los investigadores principales han sido:

- Doña Cristina Escribano Gamir, Profesora Titular del Área de Derecho Mercantil de la Facultad de Ciencias Jurídico Sociales de Toledo (UCLM);
- Don César García, Profesor Asociado del Área de Derecho Mercantil de la Facultad de Ciencias Jurídico Sociales de Toledo (UCLM); Doctor en Derecho, Abogado y Nivel I por la DGSyFP.

Como investigadores:

- Doña Begoña Lagos, Profesora Contratada Doctora del Área de Derecho Mercantil de la Facultad de Ciencias Jurídico Sociales de Toledo (UCLM)
- Doña Sara Ugena, Profesora Asociada del Área de Derecho Mercantil de la Facultad de Ciencias Jurídico Sociales de Toledo (UCLM), y Doctora.

²⁸ A este respecto, vid. Directiva 2016/97/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, que fue transpuesta al ordenamiento jurídico español mediante el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, que regula la distribución de seguros y establece nuevas obligaciones de transparencia y conducta para los distribuidores de seguros.

²⁹ Vgr. Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión de 11 de Agosto de 2017, por el que se establece un formato de presentación normalizado para el documento de información sobre productos de seguro ; Reglamento Delegado (UE) 2017/2359 de la Comisión, de 21 de Septiembre, por el que se completa la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a los requisitos de información y las normas de conducta aplicables a la distribución de productos de inversión basados en seguros. Directiva 93/13/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores.

- Doña Pilar Domínguez, Profesora Titular del Área de Derecho Civil de la Facultad de Ciencias Jurídicas de Cuenca (UCLM).
- Don Alejandro Mestre, Presidente del Colegio de Mediadores de Seguros de Tarragona, Abogado y Nivel I.
- Don Héctor Bello, Presidente del Colegio de Mediadores de Seguros de Lugo, miembro de la Comisión de Marco Jurídico del Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros, Abogado y Nivel I.

Cristina Escribano Gamir

César García

Investigadores Principales.

II. PERÍMETRO JURÍDICO Y JURISPRUDENCIAL.

Índice del apartado.

Introducción.

1. Marco normativo y doctrinal.
 - 1.1. Derecho de la Unión Europea.
 - 1.2. Derecho español.
2. Jurisprudencia
 - 2.1. Tribunal Supremo.
 - 2.1.1. Criterios generales del Tribunal Supremo sobre el control de las cláusulas en el contrato de seguro.
 - 2.1.2. Seguros de salud.
 - 2.1.3. Seguros de decesos.
 - 2.2. Jurisprudencia de las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha.
 - 2.2.1. Seguros de salud.
 - 2.2.2. Seguros de decesos.
3. Control de cláusulas y prácticas abusivas en los seguros de salud y de decesos.
 - 3.1. Seguros de salud: cláusulas y prácticas abusivas.
 - 3.1.1. Cláusulas típicamente abusivas o lesivas en seguros de salud.
 - 3.1.2. Prácticas abusivas en seguros de salud.
 - 3.2. Seguros de decesos: control de cláusulas y prácticas abusivas.
 - 3.2.1. Cláusulas problemáticas en el seguro de decesos.
 - 3.2.2. Prácticas abusivas en seguros de decesos.

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene por objeto establecer el perímetro normativo y jurisprudencial de las cláusulas y las prácticas abusivas en los seguros de salud y de decesos, con especial atención a su tratamiento en el Derecho de la Unión Europea, en el ordenamiento español y en la jurisprudencia del Tribunal Supremo y de las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha.

Se trata de dos ramos de seguros de enorme relevancia social: en el seguro de salud, porque la póliza condiciona en muchos casos el acceso efectivo a prestaciones sanitarias; en el seguro de decesos, porque organiza y financia un servicio personalísimo en un momento de máxima vulnerabilidad de la familia asegurada. En ambos casos, la posición de debilidad estructural del tomador o asegurado frente a la entidad aseguradora y la complejidad técnica del condicionado hacen especialmente relevante el análisis del desequilibrio contractual y de la transparencia real de las cláusulas y de las prácticas de mercado.

Desde un punto de vista metodológico, partimos de un análisis sistemático de las fuentes: en primer lugar, el Derecho de la Unión Europea, con la Directiva 93/13/CEE como eje del control de cláusulas abusivas, complementada por la Carta de Derechos Fundamentales, la Directiva sobre distribución de seguros, la regulación del IPID y de la gobernanza de producto, la Directiva sobre prácticas comerciales desleales y la nueva disciplina de la contratación a distancia de servicios financieros. En segundo lugar, el Derecho interno, articulado en torno a la LCS, la LCGC y el TRLGDCU, junto con la normativa de ordenación y supervisión (LOSSEAR y RD 1060/2015) y la legislación autonómica de consumo, en particular el Estatuto de las Personas Consumidoras de Castilla-La Mancha. Sobre este entramado normativo se examina la jurisprudencia del Tribunal Supremo y de las Audiencias Provinciales, con un foco específico en las sentencias dictadas en el ámbito territorial de Castilla-La Mancha, complementadas con resoluciones de otras Audiencias que ayudan a perfilar tendencias generales.

Este apartado se estructura en tres grandes bloques. En el primer capítulo se expone el marco normativo y jurisprudencial de la Unión Europea y del Derecho español aplicable al control de cláusulas y prácticas abusivas en seguros de salud y de decesos. El segundo capítulo se dedica a la jurisprudencia, comenzando por los criterios generales del Tribunal Supremo sobre el artículo 3 LCS, la distinción entre cláusulas delimitadoras y limitativas, el concepto de cláusula “lesiva” y su aproximación a la cláusula “abusiva”, así como la doctrina sobre el deber de declaración del riesgo y el recargo de mora del artículo 20 LCS; a continuación, se analiza la aplicación de estos criterios en los seguros de salud y en los seguros de decesos, tanto por el Tribunal Supremo como por las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha, con apoyo en resoluciones de otras Audiencias.

El tercer capítulo desciende al terreno estrictamente material del control de abusividad, distinguiendo entre cláusulas y prácticas. En los seguros de salud se identifican y valoran las cláusulas que más habitualmente generan conflictos (exclusiones por preexistencias, periodos de carencia, copagos y límites de reembolso, restricciones territoriales y de urgencias), y se examinan prácticas de mercado que pueden desnaturalizar la cobertura

esperada, como el uso meramente formal del cuestionario de salud, la contratación telefónica sin soporte duradero, los cambios en el cuadro médico o la utilización estratégica de la no prórroga para desprenderse de “malos riesgos”. En los seguros de decesos se analizan las cláusulas que afectan al contenido del servicio funerario, al exceso de suma asegurada, a la duplicidad de pólizas y a las coberturas complementarias, así como las prácticas asociadas a la integración vertical aseguradora–funeraria, a la gestión de servicios no prestados, a las subidas de prima y a la prórroga del contrato.

Además de esta introducción, este capítulo se articula en seis epígrafes. El primero expone el marco normativo y doctrinal, tanto de la Unión Europea como del Derecho español, relevante para el control de cláusulas y prácticas abusivas en los seguros de salud y de decesos. El segundo se dedica a la jurisprudencia, comenzando por los criterios generales del Tribunal Supremo y deteniéndose después en la aplicación concreta que, en materia de salud y decesos, realizan las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha, con apoyo en resoluciones de otras Audiencias. El tercero desciende al terreno material del control de abusividad, distinguiendo entre cláusulas y prácticas en los seguros de salud y de decesos. El cuarto recoge las conclusiones del estudio y formula algunas propuestas de *lege ferenda*. El quinto reúne la bibliografía utilizada y el sexto incorpora un anexo legislativo y otro jurisprudencial que sistematizan las principales normas y resoluciones citadas a lo largo del trabajo.

1. MARCO NORMATIVO Y DOCTRINAL.

1.1. Derecho de la Unión Europea

El marco europeo aplicable a las cláusulas contractuales predisuestas en seguros de salud y de decesos debe construirse, en primer lugar, desde la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que reconoce tanto el derecho a la protección de la salud (art. 35) como la exigencia de un nivel elevado de protección de los consumidores en las políticas de la Unión (art. 38)³⁰. Este doble anclaje, salud y consumo, resulta especialmente relevante en los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria, donde la prestación asegurada incide directamente en el acceso a servicios sanitarios, y en los seguros de decesos, que organizan y financian un servicio personalísimo en un momento de especial vulnerabilidad de la familia asegurada.

Sobre ese plano constitucional se proyecta la Directiva 93/13/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, que constituye el eje horizontal del control de cláusulas abusivas en contratos celebrados con consumidores³¹. Esta directiva define como abusiva la cláusula que, en contra de las exigencias de la buena fe, causa un desequilibrio importante entre

³⁰ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2012/C 326/02), DOUE C 326, 26 de octubre de 2012, pp. 391-407. Art. 35 (“protección de la salud”) y art. 38 (“garantizar un nivel elevado de protección de los consumidores”).

³¹ Directiva 93/13/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores, DOUE L 95, 21 de abril de 1993, pp. 29-34. Arts. 3 (desequilibrio y buena fe), 4.2 (objeto principal y relación precio/prestación), 5 (lenguaje claro) y 6-7 (nulidad y control).

los derechos y obligaciones de las partes en detrimento del consumidor (art. 3), exige que las cláusulas se redacten en lenguaje claro e inteligible (art. 5) y dispone que las cláusulas abusivas no vinculan al consumidor, manteniéndose, en principio, el contrato sin ellas (art. 6). El Tribunal de Justicia ha interpretado de forma reiterada que esta exigencia de claridad no se agota en la legibilidad formal, sino que implica una verdadera transparencia material, es decir, el contenido de la cláusula ha de permitir al consumidor comprender cómo funciona “en la práctica” y qué consecuencias económicas y jurídicas tiene para él³².

En esa línea, la STJUE de 23 de abril de 2015, Van Hove (C-96/14) declaró que una cláusula de seguro que define los supuestos de incapacidad total solo cumple el requisito de transparencia si el consumidor puede entender, en términos concretos, el mecanismo de la cobertura y el modo en que se determina la prestación³³. El Tribunal subrayó que, si esa comprensión funcional no se da, la cláusula no puede quedar excluida del control por el mero hecho de referirse al objeto principal del contrato. En el mismo sentido, la reciente STJUE de 20 de abril de 2023, *Ocidental* (C-263/22) ha afirmado que las cláusulas que limitan o excluyen el riesgo asegurado no son oponibles al consumidor si no se le comunicaron de forma efectiva, clara y comprensible antes de la celebración del contrato, incluso en el contexto de seguros colectivos vinculados a créditos³⁴. Esta doctrina es directamente trasladable a los seguros de salud y de decesos, donde la delimitación de coberturas, exclusiones por preexistencias, períodos de carencia, copagos, límites de reembolso o condiciones de acceso a la red asistencial puede vaciar de contenido la protección esperada si no se explican de forma transparente.

En materia de igualdad de trato, la STJUE de 1 de marzo de 2011, *Test-Achats* (C-236/09) declaró inválida la excepción del artículo 5.2 de la Directiva 2004/113/CE que permitía diferencias de primas y prestaciones por razón de sexo sin límite temporal³⁵. A partir de esa decisión, los Estados miembros no pueden mantener regímenes que se aparten de la tarificación unisex en seguros personales cuando la directiva es aplicable. Aunque el impacto más visible se ha dado en los seguros de vida y ciertas coberturas complementarias, el criterio es relevante también para la configuración actuarial de los productos de salud y de decesos, en la medida en que se basen en factores estadísticos históricamente ligados al sexo.

³² Comisión Europea, “Comunicación – Guía relativa a la interpretación y aplicación de la Directiva 93/13/CEE del Consejo sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores” (2019/C 323/04), DOUE C 323, 27 de septiembre de 2019, pp. 4-92. Sistematiza la jurisprudencia del TJUE sobre desequilibrio, buena fe y transparencia material.

³³ A este respecto, vid. La STJUE, 23 de abril de 2015, asunto C-96/14, Van Hove, ECLI:EU:C:2015:262., que interpreta la Directiva 93/13/CEE en el sentido de que la transparencia exige que el consumidor comprenda el mecanismo de la cobertura (incapacidad total) y sus consecuencias económicas, so pena de quedar la cláusula sujeta al control de abusividad, aunque afecte al objeto principal.

³⁴ STJUE, 20 de abril de 2023, asunto C-263/22, *Ocidental*, ECLI:EU:C:2023:311. Declara que las cláusulas que limitan o excluyen el riesgo asegurado no vinculan si no han sido comunicadas al consumidor de forma efectiva, clara y comprensible antes de la celebración del contrato, incluso en seguros colectivos vinculados a crédito.

³⁵ STJUE (Gran Sala), 1 de marzo de 2011, asunto C-236/09, *Test-Achats*, ECLI:EU:C:2011:100. Declara inválido el art. 5.2 de la Directiva 2004/113/CE e impone, a partir del 21 de diciembre de 2012, la obligación de aplicar primas y prestaciones unisex en los seguros comprendidos en su ámbito. En este punto, vid. Directiva 2004/113/CE del Consejo, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el acceso a bienes y servicios y su suministro, DOUE L 373, 21 de diciembre de 2004, pp. 37-43.

El régimen general de cláusulas abusivas se completa, en el sector asegurador, con las normas específicas de distribución de seguros. La Directiva (UE) 2016/97 (IDD) regula la distribución de seguros y obliga a las entidades aseguradoras y mediadores a actuar en el mejor interés del cliente, proporcionando información precontractual clara, veraz y no engañosa, adecuada a las características del producto y a las necesidades del cliente³⁶. Pues bien, la IDD se desarrolla mediante dos instrumentos técnicos esenciales.

Por un lado, el Documento de Información sobre el Producto de Seguro (IPID), establecido por el Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469³⁷, que resulta obligatorio para los seguros distintos del de vida, categoría en la que se encuadran, como regla, las modalidades enfermedad y decesos, conforme a la clasificación de ramos no vida (clase 2 “enfermedad” y clase 18 “asistencia”) de la Directiva 2009/138/CE.³⁸ El IPID debe presentar de forma breve y estructurada qué está asegurado, qué no lo está, qué restricciones relevantes existen, las obligaciones del tomador y las reglas sobre duración y resolución del contrato, constituyendo una pieza central del control de transparencia previa³⁹.

Por otro lado, la gobernanza y supervisión del producto (POG), regulada por el Reglamento Delegado (UE) 2017/2358, que obliga a las entidades a diseñar, probar y revisar sus productos de seguro en función de un mercado objetivo definido, identificando colectivos a los que el producto pueda perjudicar y adoptando medidas correctoras⁴⁰. En los seguros de salud, esto exige anticipar el impacto de elementos como carencias, copagos, exclusiones diagnósticas o terapéuticas y posibles cambios en el cuadro médico. En los seguros de decesos, obliga a valorar la manera en que el producto articula la libertad de elección de funeraria, el reembolso de gastos cuando se recurre a terceros y la devolución del exceso de suma asegurada a los herederos.

Asimismo, y de forma transversal, debe ser tenida en cuenta la Directiva 2005/29/CE sobre prácticas comerciales desleales que prohíbe tanto las prácticas engañosas como las omisiones de información esencial que puedan alterar el comportamiento económico

³⁶ Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros (refundición), DOUE L 26, 2 de febrero de 2016, pp. 19-59. Arts. 17-20 (obligaciones de información, asesoramiento y actuación en el mejor interés del cliente) y 25 (product oversight and governance, POG).

³⁷ Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión, de 11 de agosto de 2017, por el que se establece un formato normalizado del Documento de Información sobre el Producto de Seguro (IPID), DOUE L 209, 12 de agosto de 2017, pp. 19-23. Modeliza el contenido del IPID para los seguros distintos del de vida (coberturas, exclusiones, restricciones, obligaciones del tomador, duración, rescisión).

³⁸ Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II), DOUE L 335, 17 de diciembre de 2009, pp. 1-155. Anexo I: clasificación de ramos no vida, incluyendo la clase 2 (enfermedad) y la clase 18 (asistencia), relevantes para los seguros de salud y decesos a efectos de IPID y POG. Igualmente vide Anexo I de la LOSSEAR, norma por la que se transpone la Directiva Solvencia II.

³⁹ A este respecto vide, **García, C.**: “Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 y sus implicaciones jurídicas”, *Revista Española de Seguros* N° 179 Julio-Septiembre 2019. Pp 279-316. ISSN 0034-9488.

⁴⁰ Reglamento Delegado (UE) 2017/2358 de la Comisión, de 21 de septiembre de 2017, por el que se completa la Directiva (UE) 2016/97 en lo que atañe a las exigencias de gobernanza y supervisión de producto de seguros (POG), DOUE L 341, 20 de diciembre de 2017, pp. 1-7. Establece la obligación de definir mercado objetivo, probar el producto y revisarlo periódicamente.

del consumidor medio⁴¹. La Guía interpretativa de 2021 de la Comisión ha extendido expresamente estos criterios a las interfaces digitales, subrayando que el diseño de la web o de la aplicación no puede servir para ocultar, diluir o desviar la atención respecto de informaciones relevantes, como son las exclusiones, carencias, límites de reembolso o condiciones de continuidad asistencial en el caso de seguros de salud, o las restricciones a la elección de funeraria y a la gestión del exceso en el caso de decesos⁴². En la práctica, esta guía respalda la idea de que no basta con “incluir” la cláusula en el condicionado general, pues el modo en que la aseguradora “presenta” la información en la fase precontractual y contractual forma parte del control de lealtad y transparencia.

En lo que respecta a la contratación a distancia de seguros, la Directiva (UE) 2023/2673 ha reformado la Directiva 2011/83/UE e integrado en esta última la disciplina de los contratos de servicios financieros celebrados a distancia, derogando a partir del 19 de junio de 2026 la antigua Directiva 2002/65/CE⁴³. El nuevo marco insiste en la exigencia de soporte duradero, en la claridad y completitud de la información facilitada antes de la contratación y en la protección frente a patrones de diseño que desvirtúen el consentimiento. Aplicado a los seguros de salud, esto implica que cuando el asegurador realiza el cuestionario de salud por vía telefónica o telemática, debe asegurarse de que el tomador reciba un resumen de sus declaraciones o acceso a la grabación, de forma que exista prueba verificable de qué se preguntó y qué se contestó. Esta exigencia se refuerza con el derecho de acceso del interesado reconocido en el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), que legitima que el tomador solicite y obtenga copia de la grabación de la contratación⁴⁴.

La ausencia de ese soporte convierte en especialmente frágil la pretensión de la aseguradora de invocar, a posteriori, una supuesta preexistencia no declarada.

Finalmente, el reconocimiento en la Carta del nivel elevado de protección de los consumidores (art. 38) y del derecho a la prevención sanitaria y a prestaciones de atención

⁴¹ Directiva 2005/29/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de mayo de 2005, relativa a las prácticas comerciales desleales de las empresas en sus relaciones con los consumidores en el mercado interior, DOUE L 149, 11 de junio de 2005, pp. 22-39. Regula las prácticas engañosas y las omisiones de información sustancial con carácter horizontal.

⁴² Comunicación de la Comisión 2021/C 526/01, “Guía sobre la interpretación y aplicación de la Directiva 2005/29/CE relativa a las prácticas comerciales desleales”, DOUE C 526, 29 de diciembre de 2021, pp. 1-129. Analiza, entre otros, el uso de diseños de interfaz (dark patterns) y la calificación de omisiones en entornos digitales.

⁴³ Vid. Directiva (UE) 2023/2673 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de noviembre de 2023, relativa a los contratos de servicios financieros celebrados a distancia y por la que se modifica la Directiva 2011/83/UE y se deroga la Directiva 2002/65/CE, DOUE L, 28 de noviembre de 2023. Establece un marco moderno para la contratación a distancia de servicios financieros (incluidos los seguros), refuerza la información precontractual y exige soporte duradero y equidad en línea; la derogación de la Dir. 2002/65/CE surte efecto el 19.06.2026. Asimismo, la Directiva 2011/83/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre los derechos de los consumidores, DOUE L 304, 22 de noviembre de 2011, pp. 64-88 (norma base en materia de información y desistimiento, a la que se integra la regulación de servicios financieros a distancia). También la Directiva 2002/65/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, DOUE L 271, 9 de octubre de 2002, pp. 16-24. Su derogación está prevista en la Directiva (UE) 2023/2673 con efectos 19.06.2026.

⁴⁴ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), DOUE L 119, 4 de mayo de 2016, pp. 1-88. Art. 15 (derecho de acceso), relevante para el acceso del tomador a la grabación de la contratación o del cuestionario de salud telefónico o digital.

médica (art. 35) obliga a interpretar las normas anteriores en clave de protección reforzada cuando el seguro priva de acceso a prestaciones de salud o a servicios de decesos en condiciones razonablemente previsibles para el consumidor. Desde esta perspectiva, las cláusulas de pólizas de salud o de decesos que no se expliquen adecuadamente o que se apoyen en prácticas de distribución opacas (por ejemplo, modificaciones sorpresivas del cuadro médico o cuestionarios telefónicos sin soporte duradero accesible) resultan difícilmente conciliables con el estándar europeo de transparencia material, lealtad y buena fe, y pueden ser declaradas inoponibles o abusivas con arreglo a la Directiva 93/13/CEE y a la jurisprudencia del TJUE.

En suma, para los seguros de salud (enfermedad y asistencia sanitaria) y de decesos, el Derecho de la Unión configura un estándar de transparencia y equilibrio especialmente exigente, en el que la forma de diseñar el producto, la manera de informar al tomador y la práctica de distribución (incluida la contratación telefónica o digital) son elementos esenciales en el control de abusividad.

1.2. Derecho español

El régimen interno aplicable a las cláusulas y prácticas abusivas en los seguros de salud y de decesos se articula sobre un triple eje: la Ley de Contrato de Seguro (LCS) como *lex specialis* del contrato de seguro, la Ley sobre Condiciones Generales de la Contratación (LCGC) y el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (TRLGDCU)⁴⁵.

Sobre estos tres pilares se proyectan la Constitución Española, el Código Civil y las normas de ordenación y supervisión del seguro privado (Ley 20/2015 y Real Decreto 1060/2015), así como la legislación general de defensa de consumidores y la regulación de las prácticas comerciales desleales, que reconocen expresamente la actividad aseguradora como ámbito de actuación empresarial sometido al control de cláusulas y prácticas abusivas⁴⁶. En el plano autonómico, la Ley 3/2019, de Estatuto de las Personas Consumidoras de Castilla-La Mancha, refuerza este entramado, al reconocer como derecho básico la protección frente a prácticas desleales y cláusulas abusivas, así como facultar a la Administración para sancionarlas y publicar las que sean declaradas abusivas⁴⁷.

La LCS, aprobada en 1980, ha sido considerada por la doctrina como una ley pionera en la protección de la parte débil del contrato de seguro, adelantada a los desarrollos posteriores

⁴⁵ Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS), BOE núm. 250, 17 de octubre de 1980; Ley 7/1998, de 13 de abril, sobre Condiciones Generales de la Contratación (LCGC), BOE núm. 89, 14 de abril de 1998; Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el TRLGDCU, BOE núm. 287, 30 de noviembre de 2007.

⁴⁶ Constitución Española de 1978 (arts. 10, 43 y 51), BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978; Código Civil (arts. 1255, 1256 y 1288); Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR), BOE núm. 168, 15 de julio de 2015; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, BOE núm. 288, 2 de diciembre de 2015.

⁴⁷ Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha, DOCM núm. 64, 1 de abril de 2019; BOE núm. 110, 8 de mayo de 2019. Concretamente, los arts. 4 y 33 (protección frente a prácticas comerciales desleales y cláusulas abusivas y potestad sancionadora autonómica).

del Derecho de consumo⁴⁸. El artículo 2 establece el carácter “semiimperativo” de sus disposiciones: las normas de la LCS serán, por regla general, imperativas, salvo que se declare expresamente lo contrario, permitiéndose únicamente pactos más favorables al asegurado. Ello significa que el asegurador no puede rebajar contractualmente el estándar de protección fijado por la ley, aunque sí pueda mejorarlo. El artículo 3, por su parte, regula las condiciones generales y particulares del contrato y exige que se redacten de forma clara y precisa, prohíbe las cláusulas “lesivas” para los asegurados y, cuando restringen derechos, impone su destacado especial y aceptación específica por escrito⁴⁹.

Tal y como ha subrayado la doctrina, la referencia a cláusulas lesivas del artículo 3 LCS se ha puesto en estrecha relación con la categoría de cláusulas abusivas en el sentido del TRLGDCU⁵⁰. Se ha señalado que son lesivas aquellas estipulaciones que no superan un control de contenido por resultar injustas, desproporcionadas o inicuas para el asegurado, y que encajan en la definición del artículo 82 TRLGDCU, es decir, cláusulas no negociadas que, en contra de las exigencias de la buena fe, causan un desequilibrio importante en los derechos y obligaciones de las partes en perjuicio del consumidor⁵¹. Esta aproximación ha sido asumida por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en diversas sentencias ha calificado de “lesivas” ciertas estipulaciones que, aun cumpliendo formalmente el art. 3 LCS, reducen de manera considerable y desproporcionada el derecho del asegurado hasta vaciar de contenido la cobertura, aproximando la noción de lesividad al núcleo del concepto de abusividad de la normativa de consumo. En este sentido, en los contratos celebrados con consumidores la valoración de la lesividad del artículo 3 LCS se lleva a cabo, en buena medida, tomando como referencia los parámetros de abusividad de los artículos 82 y 85 a 90 TRLGDCU, de modo que en muchos supuestos ambas categorías tienden a solaparse en la práctica⁵².

La LCGC introduce el control de incorporación y el control de contenido de las condiciones generales en cualquier contrato de adhesión, haya o no consumidor. El artículo 1 define las condiciones generales como cláusulas predispuestas e impuestas por una de las partes y redactadas para ser incorporadas a una pluralidad de contratos. Los artículos 5 a 7 regulan su incorporación: han de ser informadas y entregadas, su redacción ha

⁴⁸ CALZADA CONDE, Á., “La protección del asegurado en la Ley de Contrato de Seguro”, *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 110-120.

⁴⁹ SÁNCHEZ CALERO, F., “Condiciones generales”, *Ley de contrato de seguro: comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 4.ª ed., 2010.

⁵⁰ PACHECO JIMÉNEZ, M.ª N., “Las cláusulas lesivas del artículo 3 LCS”, *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 1, 2009, pp. 2228-2231.

⁵¹ Art. 82 TRLGDCU y arts. 85 a 90 TRLGDCU, en la redacción vigente dada por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre (concepto y listado de cláusulas abusivas).

⁵² CABAÑAS GARCÍA, J. C., “El control de la nulidad de las cláusulas abusivas en los contratos de seguro por los tribunales civiles”, *Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro*, núm. 9, 2005, pp. 4-26. CALZADA CONDE, Á., “La protección del asegurado en la Ley de Contrato de Seguro”, *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 107-151; PACHECO JIMÉNEZ, M.ª N., “Las cláusulas lesivas del artículo 3 LCS”, *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 1, 2009, pp. 2227-2234; REGLERO CAMPOS, L. F., “Régimen de ineficacia de las condiciones generales de la contratación. Cláusulas no incorporadas y cláusulas abusivas: concepto y tipología”, *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 1, 1999, pp. 1637-1668.

de ser transparente, clara, concreta y sencilla, y se sanciona con la no incorporación las condiciones ilegibles, ambiguas, oscuras o incomprensibles, o aquellas respecto de las cuales el adherente no haya tenido posibilidad real de conocerlas al tiempo de contratar.

El artículo 8 añade un segundo estrato: serán nulas de pleno derecho las condiciones generales que contradigan normas imperativas o prohibitiva, y también las que sean abusivas cuando el contrato se celebre con un consumidor, remitiendo expresamente al concepto de cláusula abusiva del Derecho de consumo.

El TRLGDCU sistematiza ese control de contenido en sede de contratos con consumidores. El artículo 80 exige que las cláusulas no negociadas individualmente sean concretas, claras, sencillas, accesibles y legibles, e incorpora parámetros tipográficos mínimos (tamaño de letra e interlineado), sancionando como nulas las condiciones incorporadas de modo no transparente en perjuicio del consumidor. El artículo 82 define la cláusula abusiva como la estipulación no negociada que, en contra de las exigencias de la buena fe, cause, en perjuicio del consumidor, un desequilibrio importante en los derechos y obligaciones de las partes; se trata de un control sobre el equilibrio jurídico del contrato, no sobre la equivalencia económica del precio⁵³. Esta definición se completa con la lista de los artículos 85 a 90, que recogen, con carácter de “lista negra”, categorías de abusividad como la vinculación del contrato a la voluntad del empresario, la limitación de derechos básicos del consumidor, la falta de reciprocidad, la imposición de garantías desproporcionadas o la imposición de obstáculos onerosos para el ejercicio de los derechos reconocidos. La doctrina ha destacado que el Derecho dispositivo (incluida la LCS en materia aseguradora) funciona aquí como patrón de equilibrio frente al que se mide el desequilibrio relevante⁵⁴.

El régimen de ineficacia presenta, así, dos planos diferenciados. Por un lado, la no incorporación de cláusulas que no superan el tamiz de los artículos 5 a 7 LCGC (por falta de información, entrega, firma o legibilidad), de modo que tales estipulaciones no llegan a integrar el contrato⁵⁵. Por otro, la nulidad por abusividad, que afecta a cláusulas formalmente incorporadas, pero materialmente desequilibradas, declaradas abusivas por contravenir la buena fe y el equilibrio de prestaciones (art. 8.2 LCGC en conexión con el art. 82 TRLGDCU). En ambos casos, la consecuencia es la ineficacia de la cláusula, que se tiene por no puesta, y la subsistencia, en la medida de lo posible, del resto del contrato, evitando que la expulsión de la estipulación perjudique al propio asegurado⁵⁶.

⁵³ BUSTO LAGO, J. M. / ÁLVAREZ LATA, N. / PEÑA LÓPEZ, F., Reclamaciones de consumo: cláusulas abusivas, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2005, pp. 800-808.

⁵⁴ REGLERO CAMPOS, L. F., “Régimen de ineficacia de las condiciones generales de la contratación. Cláusulas no incorporadas y cláusulas abusivas: concepto y tipología”, Aranzadi civil: revista quincenal, núm. 1, 1999, pp. 1637-1668.

⁵⁵ REGLERO CAMPOS, op. cit., 1640-1655. Sobre el control de incorporación (arts. 5-7 LCGC) y la no incorporación de condiciones generales no conocidas, no entregadas o ilegibles.

⁵⁶ VEIGA COPO, A. B., “El condicionado en el contrato de seguro”, La protección del cliente en el mercado asegurador, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 421-512.

Aplicado a los seguros de salud y de decesos, este esquema significa que, además del respeto al artículo 3 LCS, las aseguradoras deben superar el doble control de incorporación (claridad, legibilidad, efectiva entrega de condiciones y de la documentación precontractual, incluida la ficha informativa y el documento de información sobre el producto de seguro) y de contenido (ausencia de desequilibrio importante en perjuicio del asegurado consumidor). La falta de entrega de las condiciones generales o del documento informativo, la utilización de letra de tamaño inferior al mínimo legal o la redacción oscura y farragosa de exclusiones, períodos de carencia, copagos, limitaciones de reembolso o cláusulas sobre libre elección de prestadores constituyen supuestos paradigmáticos de no incorporación⁵⁷. Por su parte, serán típicamente abusivas/lesivas aquellas cláusulas que limiten o priven de derechos legales del asegurado (por ejemplo, desconocer el derecho al exceso de suma asegurada en decesos o la libre elección del prestador legalmente reconocida), que vacíen de contenido coberturas esenciales esperables en un seguro de salud (por ejemplo, exclusiones genéricas de preexistencias o carencias que hacen ilusoria la cobertura), o que introduzcan una falta de reciprocidad grave en las facultades de resolución o modificación del contrato⁵⁸.

Junto a este marco general, la LCS contiene normas especiales para seguros de salud y seguros de decesos que actúan como canon de legalidad de las cláusulas de estos ramos. En el seguro de enfermedad y asistencia sanitaria, los artículos 105 y 106 LCS definen su configuración básica: se distingue entre seguros que cubren el reembolso de gastos (enfermedad) y seguros que garantizan, mediante prestación directa de servicios, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria (asistencia sanitaria)⁵⁹. La prestación en estos últimos se califica como obligación de hacer, es decir, la aseguradora no es un mero intermediario de pago, sino que organiza una red de médicos y centros, controla autorizaciones y asume el compromiso de poner a disposición del asegurado los medios sanitarios convenidos⁶⁰. De esta naturaleza se derivan exigencias específicas de transparencia; en el sentido que el asegurado ha de conocer de antemano la composición y actualización del cuadro médico, el régimen de autorizaciones, los copagos aplicables, las carencias a que se sujeta cada prestación y las exclusiones diagnósticas o terapéuticas, porque, de otro modo, la cobertura contratada deviene imprevisible y el desequilibrio se vuelve patente⁶¹.

La doctrina ha subrayado que el período de carencia constituye, en realidad, una cláusula limitativa de derechos que, precisamente por restringir temporalmente el acceso a prestaciones esenciales, debe cumplir estrictamente las exigencias del artículo 3 LCS

⁵⁷ VEIGA COPO, op. cit. pp. 430-450; STS (Sala 1.ª) de 30 de marzo de 2007, que niega valor a condiciones generales no firmadas o no acreditadamente entregadas al tomador, considerando que no han sido incorporadas al contrato.

⁵⁸ PACHECO JIMÉNEZ, op. cit. 2227-2234, entre otros, sobre control de contenido.

⁵⁹ MARTÍNEZ-GIJÓN MACHUCA, P., "La protección del asegurado en el seguro de asistencia sanitaria", *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 1419-1459.

⁶⁰ VEIGA COPO, A. B., "Seguro de asistencia sanitaria", *Tratado del contrato de seguro*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2014. Este autor trata la estructura de contratos coligados aseguradora-médicos-asegurado y naturaleza de la prestación.

⁶¹ GONZÁLEZ CARRASCO, M. C., "Algunas cuestiones acerca de los seguros privados de salud en España", *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 3, 2007, pp. 2691-2709.

(aceptación expresa, claridad y destacado especial), so pena de no poder ser opuesta al asegurado⁶².

En este sentido, GONZÁLEZ CARRASCO, a propósito de la STS de 22 de enero de 2020, ha analizado además el alcance de la obligación de pago de la aseguradora de asistencia sanitaria en supuestos de doble cobertura público-privada y la delimitación de los casos en que la entidad puede ser considerada “tercero obligado al pago” frente al servicio público de salud, subrayando la importancia de distinguir entre aseguramiento sustitutivo y aseguramiento meramente complementario⁶³.

En cuanto al seguro de decesos, la reforma introducida por la Ley 20/2015 incorporó a la LCS los artículos 106 bis y 106 quáter, que definen este contrato como seguro de prestación de servicios funerarios pactados⁶⁴ y reconocen, respectivamente, el derecho al cobro del exceso de suma asegurada sobre el coste del servicio, a favor del tomador o, en su defecto, de los herederos, y la libertad de elección del prestador de servicios funerarios, que la entidad debe garantizar mediante una relación de prestadores suficientemente amplia y actualizada⁶⁵. Estas previsiones tienen naturaleza imperativa; cualquier clausulado que pretenda desviar el exceso a favor de la entidad, impedir o vaciar de contenido la libertad de elección de funeraria, o canalizar exclusivamente la prestación hacia empresas integradas en el grupo asegurador sin ofrecer alternativas reales, se sitúa en el ámbito de las cláusulas contrarias a norma imperativa y, además, puede ser calificado como abusivo por privar al asegurado de derechos legales básicos y generar un desequilibrio importante en su posición contractual⁶⁶.

Sobre este punto, la doctrina ha puesto de relieve que, a pesar de la nueva regulación, persisten importantes insuficiencias en la disciplina del seguro de decesos. En efecto, se ha criticado la opacidad en la relación entre el coste real de los servicios funerarios y las primas satisfechas, el efecto “cautivo” que genera la configuración del contrato como anual

⁶² LÓPEZ VALVERDE, M., “El período de carencia en los seguros de salud”, Opinión, diciembre 2014, *Sepin Responsabilidad Civil y Seguro*, ref. SP/DOCT/18753, donde se analizan, entre otras, las SAP A Coruña, 10 de junio de 2008; SAP Murcia, 30 de septiembre de 2009; SAP León, 2 de abril de 2009, y SAP Valencia, 31 de marzo de 2009, que califican el período de carencia como cláusula limitativa sometida al art. 3 LCS.

⁶³ GONZÁLEZ CARRASCO, M. C., “¿Cuándo es la aseguradora un ‘tercero obligado al pago’ de la asistencia sanitaria pública recibida por su asegurado? Comentario a la STS de 22 de enero de 2020”, *Publicaciones Jurídicas*, Centro de Estudios de Consumo (CESCO), Universidad de Castilla-La Mancha, 28 de febrero de 2020, pp. 5-8.

⁶⁴ Esta configuración específica del seguro de decesos en la LOSSEAR y su desarrollo reglamentario ha sido analizada con detalle por MAESTRO MARTÍNEZ, quien destaca, entre otros extremos, el encaje difícil del ramo 19 “Decesos” en el esquema de Solvencia II, que no contempla este ramo como tal, y las peculiaridades que ello genera en términos de supervisión y pasaporte europeo de la actividad aseguradora (MAESTRO MARTÍNEZ, J. L., *El seguro de decesos en la normativa aseguradora. Su encaje en Solvencia II*, Fundación MAPFRE, Madrid, 2014).

⁶⁵ Ley 20/2015, de 14 de julio, Disp. final primera (introducción de los arts. 106 bis y 106 quáter LCS), BOE núm. 168, 15 de julio de 2015; Real Decreto 1060/2015, art. 120, sobre el contenido de la prestación funeraria. Sobre esta seguro, vid. ELGUERO MERINO, J. M., “Seguros de decesos y dependencia”, en *Ley de Contrato de Seguro*, BADILLO ARIAS, J. A. (coord.), 3.ª ed., Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2017, pp. 1685-1698.

⁶⁶ MARCOS FERNÁNDEZ, F. / SÁNCHEZ GRAELLS, A., “Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos”, *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 263, 2007, pp. 207-230; ORTIZ DEL VALLE, M.ª C., “Estudio crítico del seguro de decesos: vigencia práctica y elementos configuradores a propósito de su regulación legal”, *Revista de Derecho Patrimonial*, núm. 44, 2017, pp. 129-168.

renovable sin posibilidad de rescate y el conflicto de intereses derivado de la integración vertical entre aseguradoras y empresas funerarias, que permite a aquellas controlar simultáneamente el precio del servicio y el nivel de las primas⁶⁷.

Por su parte y a propósito de los servicios funerarios no prestados durante el estado de alarma por la COVID-19, el art. 106 bis LCS obliga a la aseguradora, incluso cuando el servicio no se ha podido prestar a través de sus medios, a satisfacer la suma asegurada a los herederos y a respetar el derecho al exceso sobre el coste real y legítimo de los servicios efectivamente prestados, sin que la situación excepcional exima de estas obligaciones⁶⁸.

Pero queremos dejar resaltado que esa obligación de pago, no es solamente predicable en situaciones como las de la pandemia del Covid-19, sino, en cualquier caso.

A ello se suma que la propia LCS regula la concurrencia de seguros de decesos, tanto cuando las pólizas se han contratado con la misma aseguradora como cuando intervienen entidades distintas. En el primer supuesto, el artículo 106 bis.3 LCS permite al tomador anular, a su elección, una de las pólizas concurrentes, con devolución de las primas pagadas en la que se anule; en el segundo, el artículo 106 bis.4 LCS establece que, si el fallecimiento se produce estando vigentes varios seguros de decesos contratados con distintas aseguradoras, la entidad que efectivamente presta el servicio funerario cumple su obligación mediante dicha prestación, mientras que las demás, que no han podido prestar el servicio, quedan obligadas al pago de la suma asegurada a los herederos.

La doctrina ha destacado que esta solución impide que la duplicidad de seguros redunde en un enriquecimiento injustificado de las aseguradoras y refuerza la posición de la familia asegurada: ni se le puede negar la prestación por “sobrecobertura”, ni se le puede privar de las sumas aseguradas en aquellos contratos en los que la compañía no ha prestado el servicio, máxime cuando el propio clausulado suele limitarse a fórmulas poco precisas (“servicio fúnebre especial”) que resultan insuficientes a la luz de las exigencias de transparencia de la LCS y de la normativa de consumo⁶⁹.

Resulta indudable la obligación de la aseguradora de abonar el exceso de suma asegurada respecto del coste efectivo de los servicios funerarios prestados. Esta obligación se refuerza si se tiene en cuenta, por un lado, que en el seguro de decesos la entidad no puede oponerse a la prórroga del contrato, y, por otro, que, conforme a los criterios de la DGSFP, cuando el tomador se niega a asumir el incremento de prima propuesto por el asegurador, este debe mantener el contrato en las condiciones inicialmente pactadas,

⁶⁷ MARCOS FERNÁNDEZ, F. / SÁNCHEZ GRAELLS, A., “Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos”, *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 263, 2007, p. 214 y ss.

⁶⁸ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Servicios funerarios no prestados y seguro de decesos. ¿Incumplimiento imputable a la empresa o a la compañía aseguradora?”, *Publicaciones Jurídicas*, Centro de Estudios de Consumo (CESCO), Universidad de Castilla-La Mancha, 28 de mayo de 2020, pp. 1-3.

⁶⁹ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Consecuencias de la duplicidad en los seguros de decesos”, *Publicaciones Jurídicas*, *Centro de Estudios de Consumo (CESCO)*, Universidad de Castilla-La Mancha, 26 de febrero de 2019, pp. 1-6. Asimismo, en general MARCOS FERNÁNDEZ, F. / SÁNCHEZ GRAELLS, A., “Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos”, *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 263, 2007, pp. 207-230; ORTIZ DEL VALLE, M.^ª C., “Estudio crítico del seguro de decesos: vigencia práctica y elementos configuradores a propósito de su regulación legal”, *Revista de Derecho Patrimonial*, núm. 44, 2017, pp. 129-168.

siendo a cargo del asegurado únicamente el exceso de coste del servicio no cubierto por la póliza. De forma recíproca, cuando el coste del servicio funerario efectivamente prestado es inferior al capital previsto o cuando determinados servicios contratados no se han podido prestar, debe entenderse que la compañía aseguradora ha de entregar al tomador o a los herederos la diferencia entre la suma asegurada y el coste real de los servicios, y así lo prevé expresamente el artículo 106 bis LCS⁷⁰.

En la práctica, algunas pólizas incorporan ya cláusulas que reconocen el derecho al “menor coste” del servicio, pero la propia configuración del seguro de decesos, como seguro de prestación de servicios con imposibilidad de oposición a la prórroga por parte del asegurador, conduce, incluso en ausencia de previsión expresa, a la misma conclusión: el exceso corresponde al tomador o, en su defecto, a los herederos⁷¹.

Por otro lado, la legislación de ordenación y supervisión (Ley 20/2015 y Real Decreto 1060/2015) refuerza este esquema mediante deberes de información previa específica en los ramos de enfermedad y decesos. Para la enfermedad/asistencia sanitaria, se exige que el asegurador informe con precisión de la modalidad de seguro, de los límites cuantitativos y temporales de las prestaciones, del cuadro de facultativos y centros, de las exclusiones relevantes, de los períodos de carencia y de los mecanismos de revisión de la prima; en decesos, se impone la obligación de informar sobre la modalidad de prima (natural, nivelada, mixta), la evolución previsible de las primas, el valor estimado de los servicios funerarios cubiertos, los límites a la libertad de elección y el régimen del exceso⁷². Estas obligaciones informativas, de raíz administrativa, no solo fundamentan la actuación supervisora de la DGSFP, sino que constituyen una pauta para valorar, en sede civil, la transparencia material de las cláusulas y prácticas de mercado, pues la ausencia de esa información o su suministro en condiciones que hacen imposible su comprensión alimentan la conclusión de que determinados términos no han sido correctamente incorporados o resultan abusivos⁷³.

Finalmente, debe recordarse que el TRLGDCU, tras su reforma, incluye en el artículo 82.1 no solo las cláusulas abusivas, sino también las “prácticas no consentidas expresamente” que, en contra de las exigencias de la buena fe, causan un desequilibrio importante en perjuicio del consumidor. Aunque la técnica legislativa es discutible, este inciso permite extender el control de abusividad más allá del tenor literal del contrato, hacia

⁷⁰ ELGUERO MERINO, J.M.: “Seguros de decesos y dependencia”, *Ley de Contrato de Seguro*, BADILLO ARIAS, J.A. (coord.), 3ª ed., Aranzadi, Cizur Menor, 2017, p. 1696.

⁷¹ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “La protección de los usuarios en los servicios funerarios no efectivamente prestados y en los casos de elevación del precio tras la declaración del estado de alarma motivada por el COVID-19”, *Publicaciones Jurídicas*, Centro de Estudios de Consumo (CESCO), Universidad de Castilla-La Mancha, 30 de abril de 2020, pp. 5-7.

⁷² REAL CAMPOS, S., *Modelo de proyección de carteras de seguros para el ramo de decesos*, Fundación MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro, Madrid, 2010, pp. 26-28; ALMARCHA JAIME, J., “El deber general de información al tomador del seguro en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (art. 96 LOSSEAR)”, Centro de Estudios de Consumo (CESCO), Universidad de Castilla-La Mancha, septiembre 2015, pp. 5 y ss.

⁷³ Sobre información previa en seguros de personas, con especial atención a seguros de vida, salud y decesos, vid. MORILLAS JARILLO, M. J., *La información previa en la contratación de los seguros de personas: transparencia, cuestionarios y modelos predictivos*, Marcial Pons, Madrid, 2016, pp. 34-36.

comportamientos del asegurador en la fase de ejecución que, sin modificar formalmente el condicionado, obstaculizan de hecho el ejercicio de los derechos del asegurado.

En el ámbito de los seguros de salud y de decesos, se sitúan en este terreno prácticas como la modificación sorpresiva del cuadro médico sin medidas de continuidad asistencial, la imposición de trabas injustificadas al reembolso de gastos, el uso de circuitos de atención que desaniman la reclamación o la exigencia de documentos innecesarios para tramitar siniestros. Desde la perspectiva del régimen general de cláusulas y prácticas abusivas, estas conductas deben ser evaluadas a la luz del mismo estándar de buena fe y equilibrio jurídico que las cláusulas predispuestas y pueden ser objeto tanto de acciones de cesación y nulidad en vía civil como de sanción administrativa en el marco de la legislación de consumo y de seguros⁷⁴.

Con este entramado normativo y doctrinal, el Derecho interno ofrece, al menos sobre el papel, instrumentos suficientes para depurar cláusulas y prácticas abusivas en los seguros de salud y de decesos. Para determinar su eficacia real resulta necesario comprobar cómo la jurisprudencia del Tribunal Supremo y de las Audiencias Provinciales, en particular, las de Castilla-La Mancha, aplica estos criterios al examen de exclusiones, carencias, copagos, cláusulas sobre libre elección de prestador y prácticas de rescisión, modificación o ejecución del contrato que puedan poner al asegurado en situación de inferioridad e indefensión⁷⁵.

2. JURISPRUDENCIA

2.1. Tribunal Supremo

2.1.1. Criterios generales del Tribunal Supremo sobre el control de las cláusulas en el contrato de seguro

El Tribunal Supremo parte, en materia de seguros, de una premisa constante: el contrato de seguro es un contrato de adhesión, elaborado sobre condiciones generales redactadas por la entidad aseguradora, en el que el tomador ocupa una posición estructuralmente más débil. Esta realidad justifica, por un lado, la exigencia de un plus de transparencia en la redacción e incorporación de las cláusulas y, por otro, que la interpretación de las estipulaciones dudosas deba inclinarse a favor del asegurado, aplicando la regla del artículo 1288 del Código Civil sobre interpretación de las cláusulas oscuras en perjuicio del predisponente y del artículo 6.2 de la LCGC. La Sala ha reiterado que la oscuridad no puede beneficiar a quien la ha creado y que las dudas interpretativas han de resolverse en el sentido que mejor se acomode a las legítimas expectativas del tomador o asegurado⁷⁶.

⁷⁴ Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha, arts. 4 y 33.

⁷⁵ MARTORELL ZULUETA, P., "La protección del asegurado desde la perspectiva jurisprudencial", *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 235-268, y la jurisprudencia de las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha (Toledo, Ciudad Real, Albacete, Guadalajara) que aplica estos criterios a seguros de salud y de decesos como se expone a continuación.

⁷⁶ STS (Sala 1.ª) 1152/2003, de 27 de noviembre, que destaca la función protectora del artículo 3 LCS, exige que las condiciones generales sean conocidas por el tomador antes de la contratación y enlaza con los artículos 5 y 7 LCGC sobre información y transparencia.

En este marco, el artículo 3 LCS cumple una función de garantía que la jurisprudencia ha subrayado de forma reiterada. Una sentencia temprana de 27 de noviembre de 2003 recuerda que dicho precepto tiene por objeto asegurar que, cuando el tomador da su consentimiento a la perfección del contrato de seguro, conoce cumplidamente el contenido del mismo, y que las condiciones generales han de ser conocidas por el tomador en el momento de la deliberación, que incluso puede no concluir en acuerdo contractual⁷⁷. Esta idea enlaza directamente con los artículos 5 y 7 LCGC: no basta con la mera inserción de un texto en la póliza; es necesario que el tomador haya tenido una oportunidad real de conocerlo y entenderlo antes de contratar.

A partir de ahí, la Sala distingue con claridad entre control de incorporación y control de contenido. El primero determina si una cláusula ha llegado efectivamente a formar parte del contrato: las condiciones generales que no se han entregado, que no están firmadas cuando es exigible la firma, o que resultan ilegibles o ininteligibles (por tamaño de letra, densidad o estructura) no se consideran incorporadas y no pueden oponerse al asegurado. El segundo, el control de contenido, se proyecta sobre cláusulas formalmente incorporadas pero que, por su contenido, resultan lesivas o abusivas. Por ejemplo, porque vacían de contenido la cobertura, fijan límites irrisorios que hacen ilusorio el derecho a la prestación o privan al asegurado de derechos reconocidos por normas imperativas.

En este ámbito, el Tribunal ha ido aproximando de forma expresa el concepto de cláusula “lesiva” del artículo 3 LCS al de cláusula “abusiva” del artículo 82 TRLGDCU. La STS (Sala 1ª) 273/2016, de 22 de abril, resulta especialmente clara al señalar que las condiciones generales lesivas de los derechos de los asegurados se corresponden con la categoría de cláusulas abusivas de la legislación de consumidores, de modo que son radicalmente nulas y deben tenerse por no puestas⁷⁸. La Sala analiza en ese caso una limitación de cobertura que, más allá de su ubicación en particulares o generales, desnaturalizaba la finalidad típica del seguro y, por ello, no podía conservarse en el contrato.

Esta línea se refuerza con la STS (Sala 1ª) 101/2021, de 24 de febrero, dictada en materia de seguro de defensa jurídica, que declara lesiva la cláusula que fijaba un límite de 600 euros para el ejercicio del derecho a la libre elección de abogado y procurador. El Tribunal razona que una cantidad tan reducida hace ilusoria la cobertura reconocida por el artículo 76.d) LCS y vacía de contenido la garantía, de manera que la cláusula debe ser expulsada del contrato, aunque constase en condiciones particulares y hubiese sido aceptada formalmente por el tomador⁷⁹. La sentencia ilustra bien que el cumplimiento formal de los requisitos del artículo 3 LCS (destacado y aceptación específica) no neutraliza el control material: una cláusula puede ser nula por lesiva o abusiva aun cuando haya sido incorporada correctamente desde el punto de vista formal.

⁷⁷ STS (Sala 1.ª) 1152/2003, de 27 de noviembre, y, entre otras, STS (Sala 1.ª) de 17 de octubre de 2007 y 13 de mayo de 2008, que reiteran la aplicación de la regla contra *proferentem* y la interpretación pro asegurado de las cláusulas oscuras.

⁷⁸ STS (Sala 1.ª) 273/2016, de 22 de abril, que identifica las “condiciones lesivas de los derechos de los asegurados” del artículo 3 LCS con la categoría de cláusulas abusivas de la legislación de consumidores y usuarios, declarando su nulidad radical y su expulsión del contrato.

⁷⁹ STS (Sala 1.ª) 101/2021, de 24 de febrero, relativa a un seguro de defensa jurídica, que considera lesiva la cláusula que fija un límite de 600 euros a la cobertura de libre elección de abogado y procurador, por entender que una cuantía tan reducida vacía de contenido la garantía prevista en el artículo 76.d) LCS.

En los procesos de acción colectiva, como el promovido por la OCU que dio lugar a la Sentencia 401/2010, de 1 de julio, la Sala ha llegado incluso a ordenar la retirada del mercado de determinadas cláusulas tipo. En esa resolución se declara la nulidad de varias estipulaciones de pólizas de defensa jurídica que supeditaban la cobertura a la valoración unilateral de las posibilidades de éxito del litigio por parte de la aseguradora o que exoneraban a esta de pagar los gastos de abogado y procurador cuando la parte contraria era condenada en costas, obligando al asegurado a un segundo pleito para recuperar lo pagado. El Tribunal calificó estas cláusulas como abusivas por dejar, en la práctica, el cumplimiento de la prestación asegurada al arbitrio del asegurador y por desnaturalizar la función típica del seguro de defensa jurídica⁸⁰.

Esta distinción, así como el control conjunto de incorporación y contenido de las cláusulas en los seguros de personas, ha sido también sistematizada por la doctrina a partir de la jurisprudencia más reciente del Tribunal Supremo, que insiste en la necesidad de examinar caso por caso si la estipulación contribuye a delimitar el riesgo cubierto o, por el contrario, restringe de manera sobrevenida los derechos del asegurado.

Esta distinción entre cláusulas delimitadoras del riesgo y cláusulas limitativas de los derechos del asegurado ha sido perfilada y reiterada en la jurisprudencia más reciente del Tribunal Supremo, a partir, entre otras, de las SSTs (Sala 1^a) 853/2006, de 11 de septiembre, 402/2015, de 14 de julio, 541/2016, de 14 de septiembre, 661/2019, de 12 de diciembre, 563/2021, de 26 de julio, o 87/2021, de 17 de febrero, en las que se insiste que solo las cláusulas que restringen el contenido natural de la cobertura esperada, especialmente cuando resultan sorpresivas para el asegurado, deben someterse al régimen reforzado del artículo 3 LCS⁸¹.

En relación con el deber de declaración del riesgo del artículo 10 LCS, la Sala Primera ha sentado también criterios de alcance general que se proyectan directamente sobre los seguros de personas (vida, enfermedad y asistencia sanitaria). La STS (Sala 1^a) 693/2005, de 23 de septiembre, sintetiza la doctrina al afirmar que el deber del tomador no es un deber de “declaración espontánea” ilimitada, sino un deber de respuesta a las preguntas que le formule el asegurador; la aseguradora debe soportar las consecuencias de aquello que no pregunta o pregunta de forma genérica, y solo puede resolver el contrato o rechazar la prestación si prueba que el tomador ocultó dolosamente o con culpa grave hechos relevantes que se le preguntaron de forma clara⁸². A partir de esta premisa, el Tribunal ha

⁸⁰ STS (Sala 1.^a) 401/2010, de 1 de julio, dictada en una acción de cesación promovida por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), que declara la nulidad de varias cláusulas en pólizas de defensa jurídica (entre ellas, las que supeditan la cobertura a la valoración del éxito del litigio por la aseguradora o las que le permiten negarse a pagar los gastos cuando hay condena en costas) y ordena su retirada del mercado por considerarlas abusivas.

⁸¹ LÓPEZ VALVERDE, M., “125 casos ganados por cláusulas oponible de los seguros: en los seguros de personas. Casos Ganados”, *Sepin Responsabilidad Civil y Seguro*, ref. SP/DOCT/129058. donde se recopila y comenta jurisprudencia reciente sobre la calificación de las cláusulas como delimitadoras del riesgo o limitativas de derechos, y sobre las exigencias de transparencia y equilibrio derivadas del art. 3 LCS y de la Directiva 93/13/CEE, pp. 1-25.

⁸² STS (Sala 1.^a) 693/2005, de 23 de septiembre, que sintetiza la doctrina sobre el artículo 10 LCS. Es decir, el deber del tomador se limita a contestar con veracidad a las preguntas del cuestionario; la aseguradora asume el riesgo de aquello que no pregunta o pregunta de forma vaga, y solo puede resolver el contrato o rechazar la prestación si acredita dolo o culpa grave en la ocultación de datos relevantes expresamente recabados.

negado eficacia a cláusulas que pretenden atribuir al asegurado un deber de declaración más amplio que el legal, o que convierten en pretexto para negar la cobertura cualquier discrepancia, aunque no exista un cuestionario específico.

En conjunto, puede afirmarse que la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha ido alineando progresivamente el control de las cláusulas en el contrato de seguro con los parámetros del Derecho de consumo y de la Directiva 93/13/CEE. El artículo 3 LCS opera como una puerta de entrada para controlar la claridad y la lesividad de las condiciones generales; la LCGC proporciona los instrumentos técnicos de no incorporación y nulidad; y el TRLGDCU, junto con la jurisprudencia del TJUE, ofrece el estándar material de buena fe y equilibrio en el que se enmarca el juicio de abusividad. Sobre este trasfondo común se insertan, de forma específica, las resoluciones que, en epígrafes posteriores, se analizan en materia de seguros de salud y de decesos.

2.1.2. Seguros de salud

Previo a su estudio, queremos significar que en el marco de la LOSSEAR, los seguros de salud se configuran como ramo 2, de enfermedad, mientras que la LCS, se refiere a ellos como salud.

En el ámbito de los seguros de salud, y, en particular, de los seguros de asistencia sanitaria, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha tenido que resolver de forma reiterada conflictos relacionados con tres elementos especialmente sensibles: el deber de declaración del riesgo y el uso del cuestionario de salud (art. 10 LCS), las cláusulas de exclusión por preexistencias, y la delimitación de la posición de la aseguradora cuando existe doble cobertura público-privada de la asistencia sanitaria.

En relación con el artículo 10 LCS, la Sala Primera ha consolidado un criterio claro, es decir, el tomador no está sometido a un deber general e ilimitado de “declaración espontánea” de todas las circunstancias imaginables que puedan influir en la valoración del riesgo, sino a un deber de contestar con veracidad a las preguntas que le formule la aseguradora. La STS (Sala 1.ª) 693/2005, de 23 de septiembre, ha sido especialmente citada como exponente de esta doctrina. En esta misma línea, la doctrina ha puesto el acento en la “aptitud” y relevancia de las preguntas del cuestionario de salud como criterio decisivo para valorar el cumplimiento del deber de declaración del riesgo: no puede hablarse de ocultación dolosa o de culpa grave cuando el asegurador formula preguntas ambiguas, incompletas o deja en manos del intermediario la cumplimentación del cuestionario, especialmente en seguros de vida y de invalidez vinculados a préstamos hipotecarios, donde la práctica bancaria ha mostrado claros déficits de transparencia⁸³.

⁸³ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “La aptitud y relevancia de las preguntas del cuestionario de salud y la valoración del deber de declaración del riesgo en un seguro de vida e invalidez vinculado a un préstamo hipotecario. Comentario STS de 7 de febrero de 2019 (RJ 2019, 320)”, *Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil*, núm. 111, 2019, pp. 189-220; DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Sentencia de 4 de diciembre de 2014. Contrato de seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario: el deber de declaración del riesgo del tomador constituye un deber de contestación o respuesta a las preguntas formuladas por el asegurador. La forma en que se rellena el cuestionario puede servir para determinar si se hicieron las preguntas”, *Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil*, núm. 99, 2015, pp. 239-266; DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Seguros de vida, accidentes, vehículos, multihogar”, en *Derecho de consumo: materiales, fundamentos, aplicaciones*, CARRASCO PERERA, Á. (coord.), Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2023, pp. 487-509.

Pues bien, en esta sentencia el Tribunal afirma que no existe una forma solemne para el cuestionario de salud y que puede reconocerse eficacia a la “declaración de salud” inserta en la póliza, siempre que se construya sobre preguntas concretas dirigidas al tomador; pero añade que el asegurador debe asumir el riesgo de aquello que no pregunta o pregunta de manera genérica, de forma que solo puede resolver el contrato o rechazar la prestación cuando demuestre dolo o culpa grave del tomador al ocultar datos relevantes expresamente recabados⁸⁴.

A partir de esta premisa, se han desestimado numerosas alegaciones de ocultación de patologías preexistentes cuando no había un verdadero cuestionario, cuando las preguntas eran excesivamente abiertas o cuando el agente cumplimentó el formulario y el tomador se limitó a firmarlo. En la misma línea, la doctrina ha puesto de relieve que el cuestionario debe ser concreto, inteligible y adaptado al riesgo, pues de lo contrario se desnaturaliza el propio esquema del artículo 10 LCS⁸⁵.

Debe advertirse que se desestiman numerosas alegaciones de ocultación de patologías preexistentes cuando no existe un verdadero cuestionario o este es excesivamente genérico. Estos criterios se reflejan también en la práctica supervisora de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuyo Servicio de Reclamaciones viene insistiendo en la necesidad de cuestionarios completos, individuales y adaptados al tipo de cobertura concertada⁸⁶.

Este enfoque está directamente conectado con el control de las cláusulas de exclusión por enfermedades preexistentes. La jurisprudencia civil venía ya mostrando reticencias frente a cláusulas excesivamente genéricas (“todas las enfermedades anteriores a la contratación” o “cualquier patología congénita”), en las que el asegurado difícilmente puede saber qué se le exige que declare y qué se excluye en caso de manifestarse la enfermedad. Esta línea se ha visto reforzada por la STS (Sala 1ª) 1691/2020, de 9 de diciembre, dictada por la Sala Tercera en un recurso contencioso-administrativo contra una resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. En ella se enjuicia una cláusula de asistencia sanitaria que excluía de forma indiscriminada “toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, estados o condiciones de salud preexistentes y sus consecuencias”, y que además pretendía considerar preexistentes, transcurrido un año, incluso enfermedades “no conocidas ni sospechadas” por el asegurado en el momento de contratar. El Tribunal concluye que la cláusula es incompatible con el artículo 10 LCS, que exonera al tomador de declarar aquello sobre lo que no ha sido preguntado, y con las exigencias de transparencia material: no puede pedirse al consumidor que

⁸⁴ STS (Sala 1.ª) 693/2005, de 23 de septiembre, que sintetiza la doctrina sobre el artículo 10 LCS: el deber del tomador se limita a contestar con veracidad a las preguntas del cuestionario; la aseguradora asume el riesgo de aquello que no pregunta o pregunta de forma vaga, y solo puede resolver el contrato o rechazar la prestación si acredita dolo o culpa grave en la ocultación de datos relevantes expresamente recabados.

⁸⁵ CEBALLOS PADRÓN, S., *El seguro de asistencia sanitaria*, Trabajo Fin de Máster, Universidad de Salamanca, 2013, cap. 2.2.1 (“El cuestionario de salud”), donde se sistematiza la jurisprudencia sobre el artículo 10 LCS en seguros de salud y se defiende que el cuestionario debe ser claro, concreto y comprensible para el tomador.

⁸⁶ Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones 2022, apartados “Cuestionario de salud en un seguro de decesos” y “Cuestionario de salud en un seguro de asistencia sanitaria”, donde se recogen criterios administrativos que insisten en la necesidad de cuestionarios completos, individuales y adaptados al riesgo.

declare lo que desconoce ni vaciar en bloque la cobertura para cualquier enfermedad que, retrospectivamente, pueda considerarse anterior o larvada⁸⁷. La resolución confirma la potestad de la DGSFP para exigir la modificación de este tipo de cláusulas y ha sido recibida en la doctrina como un hito en el control de contenido de las pólizas de salud.

Las carencias (periodos durante los cuales determinadas prestaciones no son efectivas) constituyen otro foco relevante. El Tribunal Supremo ha admitido su validez como expresión de la libertad de configuración del producto, pero ha insistido en que deben ser claras, destacadas y razonables. Carencias que afectan a prestaciones esenciales (por ejemplo, intervenciones quirúrgicas imprescindibles, tratamientos oncológicos o cobertura del parto) durante periodos excesivamente largos pueden resultar incompatibles con la finalidad típica de la póliza y, en combinación con otras limitaciones, llegar a calificarse como cláusulas lesivas o abusivas. En esta materia, aunque la casuística relevante se halla en buena medida en resoluciones de Audiencias Provinciales, la Sala Primera ha sentado la pauta general al considerar que las limitaciones temporales que dejan al asegurado sin la protección esencial durante el periodo donde el riesgo es más probable desnaturalizan el equilibrio del contrato.

Un tercer bloque jurisprudencial se refiere a la posición de la aseguradora de asistencia sanitaria en contextos de doble cobertura público-privada y al eventual carácter de “tercero obligado al pago” de la asistencia sanitaria pública recibida por el asegurado. La STS (Sala 1ª) 45/2020, de 22 de enero, resuelve una reclamación del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) frente a una aseguradora de salud privada por los gastos de la asistencia hospitalaria prestada a la hija de una asegurada.

Concluye que, en el supuesto enjuiciado, la póliza privada no era sustitutiva de la pública y que, por tanto, la aseguradora no podía ser tratada como “tercero obligado al pago” de todos los gastos de la asistencia pública. Esta delimitación ha sido analizada en detalle por la doctrina, que subraya la importancia de distinguir claramente, en la fase precontractual y en el propio condicionado, entre coberturas sustitutivas y complementarias de la asistencia pública⁸⁸.

La Sala aprovecha el caso para distinguir entre seguros de salud que tienen carácter sustitutivo de la cobertura pública (supuestos de conciertos o mutualidades) y seguros de salud complementarios, en los que la aseguradora ofrece prestaciones privadas adicionales sin desplazar la responsabilidad principal de la Administración sanitaria. Concluye que, en el supuesto enjuiciado, la póliza privada no era sustitutiva de la pública y que, por tanto, la aseguradora no podía ser tratada como “tercero obligado al pago” de todos los gastos de la

⁸⁷ STS (Sala 3ª) 1691/2020, de 9 de diciembre, que confirma la resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones declarando contraria al artículo 10 LCS y a las exigencias de transparencia una cláusula de seguro de asistencia sanitaria que excluía genéricamente “toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, estados o condiciones de salud preexistentes” y que pretendía considerar preexistentes incluso enfermedades “no conocidas ni sospechadas” por el asegurado.

⁸⁸ GONZÁLEZ CARRASCO, M. C., “¿Cuándo es la aseguradora un ‘tercero obligado al pago’ de la asistencia sanitaria pública recibida por su asegurado? Comentario a la STS de 22 de enero de 2020”, *Publicaciones Jurídicas*, Centro de Estudios de Consumo (CESCO), Universidad de Castilla-La Mancha, 28 de febrero de 2020, pp. 1-12.

asistencia pública⁸⁹. Esta doctrina, además de encauzar las relaciones entre aseguradoras y servicios públicos de salud, incide en la exigencia de que las pólizas definan con claridad si su cobertura es complementaria o sustitutiva, para que el asegurado pueda conocer desde el inicio cuál es el alcance efectivo de la protección y evitar sorpresas a posteriori.

La jurisprudencia del Supremo se completa con una línea constante de interpretación pro asegurado en casos de dudas sobre el alcance de la cobertura de salud. En supuestos de urgencias vitales, la Sala ha subrayado que el artículo 103 LCS impide excluir, en todo caso, las asistencias de carácter urgente, de manera que las cláusulas que pretendan excluir la cobertura de una asistencia de urgencia, aun prestada en centros no concertados, han de interpretarse con extrema cautela y, en caso de duda, en favor de la protección del asegurado. Cuando la compañía alega incumplimientos formales (falta de comunicación de un ingreso, ausencia de autorización previa, uso de un centro no incluido expresamente en el cuadro) en situaciones de urgencia vital o de imposibilidad de acudir a los canales habituales, la interpretación mayoritaria de la jurisprudencia, en línea con el principio de buena fe, tiende a negar la eficacia extintiva o limitativa de esas cláusulas.

Esta combinación de criterios (deber de respuesta al cuestionario, control riguroso de cláusulas de preexistencias y carencias, delimitación de la posición de la aseguradora en la doble cobertura e interpretación pro asegurado en las urgencias) proyecta sobre el seguro de salud el estándar de transparencia y equilibrio que el Tribunal Supremo ha ido construyendo para el conjunto del contrato de seguro. Sobre esa base se puede analizar con mayor precisión la abusividad de determinadas cláusulas y prácticas en pólizas concretas de asistencia sanitaria.

2.1.3. Seguros de decesos

En el seguro de decesos, la jurisprudencia del Tribunal Supremo es menos extensa que en otros ramos, pero ofrece ya algunas pautas relevantes sobre mora del asegurador, contenido de la prestación y equilibrio económico del contrato. Estas resoluciones, leídas junto con la doctrina más reciente y con la nueva regulación de los artículos 106 bis y 106 quáter LCS, permiten proyectar también sobre este ramo el estándar de transparencia y de equilibrio propio del control de cláusulas y prácticas abusivas.

Desde el punto de vista normativo, como ha sido dicho, el seguro decesos se ha configurado como un seguro de prestación de servicios funerarios. La reforma de 2015 incorporó a la LCS los artículos 106 bis y 106 quáter. El primero define el contrato como seguro de prestación de servicios funerarios pactados y reconoce, entre otros extremos, el derecho del tomador o de sus herederos al exceso de suma asegurada sobre el coste real y legítimo del servicio; el segundo garantiza la libertad de elección del prestador de servicios funerarios, imponiendo a la aseguradora la obligación de ofrecer una relación de prestadores suficientemente amplia y actualizada. La doctrina ha subrayado que estas

⁸⁹ STS (Sala 1.ª) 45/2020, de 22 de enero, relativa a la reclamación de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud frente a una aseguradora privada por el coste de la asistencia sanitaria prestada a la hija de la asegurada, en la que la Sala distingue entre seguros de salud sustitutivos y complementarios de la cobertura pública y delimita los casos en los que la aseguradora puede ser considerada “tercero obligado al pago” de la asistencia pública.

previsiones tienen naturaleza imperativa y que cualquier cláusula que pretenda desviar el exceso a favor de la aseguradora, restringir de facto la elección de funeraria al círculo del grupo asegurador o dejar sin efecto el derecho al exceso mediante definiciones vagas del servicio (“servicio fúnebre especial”) se sitúa en el terreno de las cláusulas contrarias a norma imperativa y, potencialmente, abusivas⁹⁰.

En lo que respecta al artículo 20 LCS, la Sala Primera ha dejado claro que el recargo por mora del asegurador es aplicable también en los seguros de decesos. La Sentencia 384/2017, de 19 de junio, resuelve un litigio en el que los herederos del asegurado fallecido habían cedido a una empresa de servicios funerarios el crédito derivado del contrato de seguro, incluyendo el derecho a reclamar los intereses del artículo 20 LCS. La Audiencia Provincial había negado la procedencia del recargo por entender que la funeraria cesionaria no era asegurado ni beneficiario directo, pero el Tribunal Supremo revoca esa interpretación y declara que, perfeccionada la cesión, el cesionario adquiere la titularidad plena del crédito, incluido el interés sancionador del artículo 20 LCS, de manera que está legitimado para reclamarlo frente a la aseguradora de decesos deudora⁹¹. Esta línea refuerza la idea de que las cláusulas que, en seguros de decesos, pretendan excluir de forma general la aplicación del artículo 20 LCS o limitarla a supuestos muy tasados resultan difícilmente conciliables con la función sancionadora y tuitiva de ese precepto.

Se han criticado las insuficiencias de la regulación tradicional del decesos, señalando, entre otras, la opacidad en la relación entre el coste real de los servicios funerarios y las primas satisfechas, el efecto “cautivo” que genera la configuración del contrato como anual renovable sin rescate, que obliga al asegurado a permanecer en la compañía so pena de perder las primas acumuladas, y el conflicto de intereses derivado de la integración vertical entre aseguradoras y empresas funerarias, que permite a las primeras controlar a la vez el precio del servicio y el nivel de las primas⁹².

Desde el punto de vista de la estructura económica del seguro de decesos, el Tribunal Supremo ha tenido ocasión de pronunciarse sobre la obligación de constituir la provisión de decesos impuesta por la normativa de ordenación. En las SSTs (Sala 1ª) 990/2007, de 3 de octubre, y 1121/2008, de 3 de diciembre, ambas en litigios entre agentes afectos y aseguradoras, la Sala examina si el porcentaje del 7,5 % de las primas devengadas destinado a la provisión puede repercutirse en las comisiones de los agentes. En la primera, existía una cláusula contractual que permitía revisar la comisión extra para atender nuevas obligaciones legales y se admite la reducción de dicha comisión, destacando que la provisión exigida por el Reglamento responde a la finalidad de garantizar la solvencia de

⁹⁰ Sobre el carácter imperativo de los arts. 106 bis y 106 quáter LCS y su incidencia en el exceso y la libre elección de prestador, véanse, entre otros, MARCOS FERNÁNDEZ, F. / SÁNCHEZ GRAELLS, A., “Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos”, *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 263, 2007, p. 214 y ss.; y ORTIZ DEL VALLE, M.ª C., “Estudio crítico del seguro de decesos: vigencia práctica y elementos configuradores a propósito de su regulación legal”, *Revista de Derecho Patrimonial*, núm. 44, 2017, pp. 129-168.

⁹¹ STS (Sala 1.ª) 384/2017, de 19 de junio, rec. 99/2015, RJ 2017/2864; TAPIA HERMIDA, A. J., “Seguro de decesos: el Tribunal Supremo aplica los intereses moratorios del art. 20 de la LCS a los créditos cedidos a las empresas de servicios funerarios”, *El Blog de Alberto J. Tapia Hermida*, 6 de septiembre de 2017.

⁹² MARCOS FERNÁNDEZ, F. / SÁNCHEZ GRAELLS, A., “Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos”, *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 263, 2007, p. 214 y ss.

la entidad y la adecuada protección de los asegurados. En la segunda, en cambio, al no existir previsión contractual específica, el Tribunal rechaza que esa nueva obligación pueda trasladarse unilateralmente al agente mediante una interpretación extensiva de conceptos genéricos de “gastos de explotación”, subrayando que la constitución de la provisión es una obligación legal de la aseguradora que debe integrarse en la estructura de primas y no imponerse a terceros por vías indirectas. Estas resoluciones refuerzan la idea de que el coste estructural del seguro de decesos debe asumirse en la propia actividad aseguradora y en la prima, sin que pueda vaciarse el contenido de las obligaciones de la compañía ni trasladar de facto el riesgo económico a agentes o asegurados.

Sobre la nueva regulación de los artículos 106 bis y 106 quáter, ORTIZ DEL VALLE ha realizado un “estudio crítico” en el que identifica los elementos configuradores del seguro de decesos y analiza sus carencias. Subraya, en particular, que el reconocimiento expreso del derecho al exceso a favor del tomador o de los herederos viene a corregir una práctica extendida de apropiación por parte de la aseguradora o de la funeraria del grupo de las cuantías no consumidas en el servicio funerario; y que la libertad de elección de prestador, si no se acompaña de una información clara y de la ausencia de penalizaciones económicas ocultas, corre el riesgo de quedar en una mera declaración programática⁹³.

Se ha profundizado en dos ámbitos especialmente sensibles desde la óptica de la abusividad: los servicios funerarios no prestados y la duplicidad de seguros de decesos. En relación con los servicios no prestados durante la pandemia de COVID-19, se sostiene que el artículo 106 bis LCS obliga a la aseguradora, incluso cuando por razones de fuerza mayor no pueda prestar la totalidad de los servicios inicialmente pactados (por ejemplo, determinados velatorios o traslados), a satisfacer la suma asegurada y a respetar el derecho al exceso sobre el coste real de los servicios efectivamente realizados; la compañía no puede ampararse en la situación excepcional para negar la prestación o para retener el capital no consumido⁹⁴. En cuanto a la duplicidad de seguros, se recuerda que el artículo 106 bis.3 permite al tomador anular, a su elección, una de las pólizas concurrentes con devolución de las primas, y que el apartado 4 impone al asegurador que no presta el servicio la obligación de abonar la suma asegurada a los herederos, de modo que la concurrencia de pólizas no puede transformarse en un beneficio inesperado para las aseguradoras ni en un motivo para recortar la cobertura a la familia asegurada⁹⁵.

Finalmente, se ha destacado la importancia de la regla de prórroga especial del artículo 106 bis.5 LCS, que atribuye exclusivamente al tomador, y no a la aseguradora, la facultad de oponerse a la prórroga del contrato de decesos. A su juicio, esta regla, que se aparta del régimen general del artículo 22 LCS, responde a la finalidad de evitar que el asegurador

⁹³ ORTIZ DEL VALLE, M.ª C., “Estudio crítico del seguro de decesos: vigencia práctica y elementos configuradores a propósito de su regulación legal”, *Revista de Derecho Patrimonial*, núm. 44, 2017, pp. 129-168.

⁹⁴ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “La protección de los usuarios en los servicios funerarios no efectivamente prestados y en los casos de elevación del precio tras la declaración del estado de alarma motivada por el COVID-19”, *Publicaciones Jurídicas, Centro de Estudios de Consumo* (CESCO), Universidad de Castilla-La Mancha, 30 de abril de 2020, pp. 1-8.

⁹⁵ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Consecuencias de la duplicidad en los seguros de decesos”, *Publicaciones Jurídicas, Centro de Estudios de Consumo* (CESCO), Universidad de Castilla-La Mancha, 26 de febrero de 2019, pp. 1-6.

pueda poner fin al contrato precisamente cuando resulta más valioso para el asegurado (por edad y volumen de primas acumuladas), lo que supondría una pérdida irrecuperable de las cantidades pagadas y una frustración de la función típica del seguro⁹⁶. Desde este prisma, la configuración del decesos como seguro de prestación de servicios sin posibilidad de oposición a la prórroga por parte de la aseguradora refuerza la tesis de que el exceso de capital asegurado sobre el coste del servicio pertenece al tomador o a su familia, y que cualquier cláusula que pretenda atribuirlo a la entidad aseguradora debe considerarse contraria al equilibrio del contrato y, en consecuencia, abusiva o lesiva.

Aunque el Tribunal Supremo no ha desarrollado todavía una doctrina tan extensa en materia de decesos como en otros ramos, el conjunto formado por sus decisiones sobre aplicación del artículo 20 LCS, por la nueva regulación de los artículos 106 bis y 106 quáter y por el análisis de la doctrina especializada permite fijar una dirección clara: el control de cláusulas y prácticas en el seguro de decesos debe orientarse a garantizar la efectividad de la prestación funeraria, la recuperación del exceso económico por parte del tomador o sus herederos y la protección de la familia asegurada frente a cláusulas y prácticas que, por su opacidad o por su desequilibrio, trasladen injustificadamente al asegurado el coste de una prestación que el contrato atribuye a la aseguradora.

2.2. Jurisprudencia de las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha

2.2.1. Seguros de salud

La jurisprudencia de las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha refleja cómo se aplica en la práctica el marco legal y la jurisprudencia del Tribunal Supremo en los seguros de salud, tanto indemnizatorios como de asistencia sanitaria. Los conflictos se repiten en torno a unos pocos ejes: el deber de declaración del riesgo y las preexistencias, la incorporación de condiciones generales, las cláusulas de carencia y las restricciones de la cobertura en supuestos de urgencia o por razones territoriales. En todos estos ámbitos se aprecia una misma preocupación: que las cláusulas predispuestas sean claras, verdaderamente incorporadas al contrato y aplicadas de forma coherente con la finalidad típica del seguro.

En materia de declaración del riesgo y preexistencias, la SAP de Cuenca, de 11 de noviembre de 1994, constituye un ejemplo de supuesto en el que se da la razón a la aseguradora. En ese caso, relativo a un seguro de asistencia médica, el tomador había contestado un cuestionario de salud en el que se recababa información detallada sobre enfermedades anteriores; sin embargo, omitió datos relevantes sobre antecedentes urológicos propios y graves antecedentes digestivos de su esposa, que resultaron ser directamente relacionados con los tratamientos reclamados. La Audiencia considera acreditado que existían enfermedades preexistentes de entidad y que el tomador las ocultó al cumplimentar un cuestionario que, a diferencia de otros asuntos, sí había sido sometido de manera concreta y comprensible. En aplicación del artículo 10 LCS y de la doctrina del

⁹⁶ ELGUERO MERINO, J. M., "Seguros de decesos y dependencia", en *Ley de Contrato de Seguro*, BADILLO ARIAS, J. A. (coord.), 3.ª ed., Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2017, pp. 1685-1698.

Tribunal Supremo, declara legítima la negativa de la aseguradora a asumir el coste de la asistencia correspondiente a esas patologías, pues la ocultación dolosa o gravemente negligente de datos relevantes rompe el equilibrio del contrato y habilita la exclusión de cobertura en el caso concreto⁹⁷.

Muy distinta es la conclusión a la que llega la SAP de Ciudad Real (Secc. 1.ª) 144/2000, de 29 de marzo, en un seguro de asistencia sanitaria en el que la aseguradora había comunicado la oposición a la prórroga tácita y la baja de la póliza alegando la enfermedad crónica de la asegurada. Del examen de la póliza resultaba que el objeto del seguro era proporcionar asistencia de “toda clase de enfermedades o lesiones” dentro de las especialidades cubiertas, sin que las enfermedades crónicas figuraran excluidas. La entidad se remitió a un cuestionario de salud del que no aportó ni copia ni constancia de su sometimiento efectivo al tomador. La Audiencia entiende que, en ausencia de una exclusión clara en la póliza o en un cuestionario acreditado, no puede transformarse una supuesta cronicidad en un motivo de resolución, y recuerda que la propia póliza recogía una cláusula conforme a la cual el asegurador no podía rescindir el contrato “durante la asistencia del asegurado y hasta su curación”. Sobre esa base, declara improcedente la rescisión unilateral y mantiene la vigencia del contrato y la obligación de continuar prestando asistencia a la asegurada.

Desde la óptica de la incorporación de condiciones generales y del control de las cláusulas limitativas, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Ciudad Real (Secc. 1.ª) 331/2003, de 26 de noviembre, ofrece un caso paradigmático. El litigio giraba en torno a un seguro de salud de carácter indemnizatorio, en el que la aseguradora se negaba a pagar la prestación diaria por incapacidad apoyándose en una cláusula de las condiciones generales que excluía los siniestros “a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas”. La cláusula no figuraba en las condiciones particulares y la compañía aportó un condicionado general prácticamente íntegro en negrita, sin prueba de su entrega al tomador ni de su aceptación específica. La Audiencia recuerda la exigencia del artículo 3 LCS para las cláusulas que restringen derechos del asegurado y concluye que esa exclusión no puede considerarse válidamente incorporada al contrato. Añade que, aun en hipótesis de incorporación, la aseguradora no ha demostrado que el accidente se produjera “a consecuencia” de la ingesta alcohólica (no se practicó prueba pericial adecuada y la única analítica disponible ofrecía dudas), por lo que en ningún caso podría operar la exclusión.

En la SAP de Ciudad Real (Secc. 1.ª) 336/2013, de 17 de diciembre, se aborda la eficacia de una cláusula de las condiciones generales que pretendía extinguir la cobertura cuando el asegurado “cesara en su actividad laboral o profesional”. El seguro garantizaba el pago de una renta en caso de siniestro y la aseguradora entendió que la situación de desempleo del asegurado equivalía a ese cese. La póliza, sin embargo, remitía a unas condiciones generales identificadas por un código, pero en el proceso se aportaron dos juegos diferentes sin prueba de cuál correspondía al código de la póliza ni de su entrega al tomador. La

⁹⁷ En sentido similar, la SAP de Asturias, Oviedo (Secc. 6.ª) 195/2021, de 17 de mayo, y la SAP de Pontevedra (Secc. 1.ª) 239/2023, de 12 de mayo, han declarado ajustadas a derecho las cláusulas que excluyen la cobertura de patologías preexistentes cuando se encuadran en la delimitación del riesgo y su aplicación se apoya en un cuestionario de salud específico y en la prueba de una ocultación dolosa o gravemente negligente por parte del tomador.

Audiencia concluye que no se ha superado el control de incorporación: no puede tenerse por probada la inclusión de ese condicionado general en el contrato. Aun admitiendo su incorporación, la Sala distingue entre un cese definitivo de la actividad (jubilación, abandono) y una situación coyuntural de desempleo, optando por la interpretación más favorable al asegurado y manteniendo la cobertura. La resolución enlaza así el control de incorporación con el canon de interpretación del artículo 1288 CC, en clara clave pro asegurado.

Las cláusulas de carencia y las limitaciones territoriales han sido objeto de un análisis particularmente intenso en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Albacete (Secc. 1.ª) 153/2002, de 23 de julio, dictada en un litigio con ASISA. El asegurado había sido atendido inicialmente en un hospital concertado de Albacete, pero, ante la complejidad del cuadro clínico, los facultativos decidieron su traslado a la Clínica Universitaria de Navarra. La aseguradora se negó a asumir los gastos del tratamiento en Navarra, alegando que no existía urgencia vital y apoyándose en una cláusula que limitaba territorialmente la cobertura a centros de Albacete y Madrid. La Audiencia recuerda que el régimen de la LCS en materia de asistencia sanitaria (artículos 103 y siguientes) prohíbe excluir “las necesarias asistencias de carácter urgente” y aprecia que la decisión de traslado adoptada por los propios médicos del centro concertado evidenciaba la concurrencia de una situación de urgencia en sentido amplio. Al mismo tiempo, califica la restricción territorial como cláusula limitativa de derechos que no cumplía las exigencias del artículo 3 LCS en cuanto a destacado y aceptación específica. Por ello, declara la cláusula inoponible al asegurado y condena a la compañía a reembolsar los gastos del tratamiento en Navarra.

La SAP de Albacete (Secc. 1.ª) 23/2025, de 22 de enero, aporta, sin embargo, el matiz de que no toda carencia ni toda denegación de cobertura es abusiva. En este asunto, la demandante reclamaba a SegurCaixa Adeslas daños y perjuicios por haberle denegado el ingreso en una clínica privada para dar a luz, alegando que el parto debía entenderse cubierto por su seguro de enfermedad. El Juzgado de Primera Instancia consideró que se había producido una situación de urgencia y condenó a la aseguradora a indemnizarla por daños morales. La Audiencia revoca la sentencia tras constatar que la póliza establecía, con redacción clara, un periodo de carencia de diez meses para hospitalización, que no se había cumplido en la fecha del siniestro (semana 34+3 de gestación), y que la cláusula contemplaba expresamente la excepción de urgencia vital y de parto prematuro anterior a la semana 28, supuestos que no se acreditaron. No apreciando urgencia en los términos de la póliza ni abuso en la configuración de la carencia, la Sala concluye que la aseguradora no incumplió el contrato al denegar el ingreso.

Este criterio se inserta en la línea de otras Audiencias Provinciales, que han considerado oponibles los periodos de carencia cuando delimitan de forma clara el ámbito temporal de la cobertura y han sido expresamente aceptados por el tomador, como sucede, por ejemplo, en la SAP de Barcelona (Secc. 16.ª) 391/2023, de 20 de septiembre, en relación con un periodo de carencia de diez meses en un seguro de salud, o en la SAP de Badajoz (Sección 2.ª) 474/2022, de 6 de junio, que considera válida la condición particular que limita a 365 días el periodo máximo de cobertura.

Este enfoque es coherente con la línea marcada por otras Audiencias Provinciales, que consideran el periodo de carencia como cláusula limitativa sometida a las exigencias del art.

3 LCS, y sólo la aplican cuando ha sido redactada con claridad y aceptada expresamente por el tomador⁹⁸.

En esta misma línea de control sobre las cláusulas que delimitan o restringen la cobertura se sitúa la SAP de Ciudad Real (Secc. 1.ª) 119/2022, de 10 de marzo, relativa a un seguro de asistencia sanitaria de reembolso mixto (“Adeslas Extra”). En el caso, los asegurados reclamaban, de un lado, el reembolso del coste de una prueba diagnóstica (resonancia magnética “Scan Body”) y de una mastectomía bilateral prescrita por el personal sanitario, que la entidad estimaba excluidas, y, de otro, diversos honorarios médicos y gastos de hospitalización que superaban los límites cuantitativos fijados en la póliza. La Sala recuerda la distinción jurisprudencial entre cláusulas delimitadoras del riesgo y cláusulas limitativas de derechos (STS 273/2016, de 22 de abril) y concluye, en primer término, que las exclusiones invocadas por la aseguradora tienen carácter limitativo y no superan el control del artículo 3 LCS, al no haberse acreditado ni que estuvieran especialmente destacadas ni, sobre todo, que hubieran sido aceptadas por escrito por el tomador: la póliza ni siquiera aparece firmada en su totalidad, pese a las diligencias preliminares requeridas.

Por ello, ordena el reembolso de los gastos de la mastectomía bilateral hasta el límite especial de reembolso previsto en la póliza (8.542,69 euros) y de la prueba diagnóstica, al entender que se trata de prestaciones amparadas por las coberturas generales de “pruebas diagnósticas” y que cualquier exclusión habría de cumplir las formalidades del art. 3 LCS. En cambio, respecto de los honorarios médicos y gastos hospitalarios que excedían de los límites cuantitativos expresamente fijados en las condiciones particulares, la Audiencia considera que tales límites constituyen auténticas cláusulas delimitadoras del riesgo, amparadas por el artículo 105.2 LCS, que concretan la cuantía asegurada y no requieren aceptación singular, siempre que se hallen formuladas con claridad, como ocurría en el caso. Desde esta doble perspectiva, la sentencia muestra a la vez un control estricto de las exclusiones limitativas no incorporadas y un reconocimiento de la validez de los topes indemnizatorios cuando están claramente pactados e informados al asegurado⁹⁹.

Por su parte, la SAP de Toledo (Secc. 1.ª) 262/2024, de 17 de octubre, aun referida a un contrato de préstamo con seguro vinculado y no a un seguro de salud aislado, contiene indicaciones relevantes sobre la nulidad de cláusulas abusivas y el alcance del control de transparencia formal. En ese caso, el Juzgado había declarado la nulidad, por abusivas, de la cláusula de intereses de demora y del cobro del seguro de vida vinculado, ordenando recalcular la deuda una vez excluidos esos conceptos. La prestataria, en apelación, alegó por primera vez que el contrato era nulo en su conjunto por el tamaño de la letra y la condición de contrato de adhesión. La Audiencia desestima el recurso recordando, de un lado, que no pueden introducirse cuestiones nuevas en segunda instancia y, de otro,

⁹⁸ LÓPEZ VALVERDE, M., “El período de carencia en los seguros de salud”, *Opinión, Sepin RC y Seguro*, p.1, SP/DOCT/18753, donde se recogen, entre otras, SAP A Coruña de 10 de junio de 2008, SAP Murcia de 30 de septiembre de 2009, SAP León de 2 de abril de 2009 y SAP Valencia de 31 de marzo de 2009.

⁹⁹ Del mismo modo, la SAP de Barcelona (Secc. 14.ª) 515/2023, de 27 de julio, califica como cláusula delimitadora del riesgo y no limitativa el sublímite específico de 905 euros anuales para el reembolso de gastos de psicología y psiquiatría, por entender que forma parte de la estructura normal de un seguro de reembolso y que su redacción es clara, lo que es plenamente coherente con la solución adoptada por la Audiencia Provincial de Ciudad Real (Secc. 1.ª) 119/2022, de 10 de marzo, respecto de los límites de reembolso de determinadas prestaciones en un seguro de asistencia sanitaria mixto.

que el control de transparencia formal (tamaño de la letra, densidad del clausulado) no conduce sin más a la nulidad total del contrato: la nulidad debe recaer sobre las cláusulas concretas que infringen normas imperativas o resultan abusivas, y el parámetro actual de legibilidad del artículo 80 TRLGDCU no puede proyectarse retroactivamente sobre contratos anteriores a la reforma de 2022.

Por tanto, estas sentencias de las Audiencias Provinciales de Cuenca, Ciudad Real, Albacete y Toledo muestran cómo, en el ámbito de los seguros de salud, los tribunales de Castilla-La Mancha aplican en la práctica un canon de transparencia material y de equilibrio contractual muy próximo al que se desprende de la jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Derecho de la Unión. Es decir, exigen cuestionarios de salud claros cuando se pretende invocar preexistencias; niegan eficacia a exclusiones y límites no incorporados o no probados; interpretan restrictivamente las carencias cuando afectan a la protección esencial del contrato; y rechazan utilizar defectos formales del contrato de adhesión (como la única dimensión de la letra) para anular en bloque los contratos, reservando la nulidad para las estipulaciones que, singularmente consideradas, contrarían la buena fe y el equilibrio del vínculo asegurador.

El panorama que ofrecen las Audiencias Provinciales de Castilla-La Mancha es coherente con la jurisprudencia de otras Audiencias del territorio español en materia de seguros de salud. Así, por ejemplo, diversas resoluciones han insistido en que la denuncia unilateral del seguro de enfermedad por parte de la aseguradora, especialmente cuando el asegurado ha envejecido o su salud se ha deteriorado, puede resultar contraria a la buena fe y a las exigencias de protección del consumidor si lo sitúa en una posición de desamparo asistencial inesperado (SAP Barcelona, Secc. 15.^a, 29 de marzo de 2010); que el mero desacuerdo del tomador con el aumento de la prima no legitima dejar de pagar la prima y mantener la cobertura, sino que, de conformidad con el artículo 22 LCS, debe comunicar su voluntad de no prorrogar el contrato (SAP A Coruña, Secc. 5.^a, 11 de abril de 2012, y SAP Barcelona, Secc. 19.^a, 1 de abril de 2009); que el período de carencia ha de ser formulado con claridad y no puede reintroducirse subrepticamente al suscribir una nueva póliza sin advertencia expresa al asegurado¹⁰⁰; o que la ausencia de entrega y explicación del boletín de adhesión a una póliza colectiva impide oponer al asegurado las cláusulas de exclusión que figuren en ese contrato marco¹⁰¹. También se observa una preocupación por la transparencia en la delimitación de la cobertura y en la información sobre la falta de cobertura de determinados servicios, exigiendo a los prestadores y aseguradoras informar al paciente del coste de los servicios médicos no cubiertos por el seguro¹⁰², y una aplicación constante del criterio pro asegurado en supuestos de periodos de carencia, cuando la aseguradora no ha formulado de forma expresa y precisa las preguntas sobre el embarazo o no ha hecho firmar al tomador el nuevo plazo de carencia al suscribir una segunda póliza¹⁰³. Como puede observarse, estas resoluciones confirman que el canon de transparencia material y equilibrio contractual que aplican las Audiencias de Castilla-La Mancha se inserta en una tendencia general de la jurisprudencia menor sobre seguros de salud.

¹⁰⁰ SAP Burgos (Secc. 3.^a) 3 de noviembre de 2015.

¹⁰¹ SAP Vizcaya (Secc. 3.^a) 21 de mayo de 2018.

¹⁰² SAP Barcelona (Secc. 13.^a) 7 de julio de 2022.

¹⁰³ Entre otras, SSAAPP Salamanca (Secc. 1.^a) 6 de octubre de 2021; Burgos (Secc. 3.^a) 3 de noviembre de 2015.

2.2.2. Seguros de decesos

En el seguro de decesos, la jurisprudencia de las Audiencias Provinciales es, por el momento, mucho menos abundante que en el ámbito de los seguros de salud. Los litigios que han llegado a los tribunales de instancia giran fundamentalmente en torno a los mismos ejes que se han analizado en el marco normativo y en la jurisprudencia del Tribunal Supremo: la correcta prestación de los servicios funerarios, el destino del exceso de suma asegurada, los efectos de la duplicidad de pólizas y la posibilidad de oposición a la prórroga del contrato por parte de la aseguradora.

Las decisiones conocidas de distintas Audiencias Provinciales, muchas de ellas comentadas por la doctrina reciente, tienden a aplicar el esquema de los artículos 106 bis y 106 quáter LCS en clave pro asegurado: cuando determinados servicios no pueden prestarse en especie o se presta un servicio de coste inferior al capital previsto, se reconoce el derecho de los herederos a percibir la parte de la suma asegurada no consumida; en supuestos de concurrencia de pólizas, se exige que la aseguradora que no presta el servicio abone el capital asegurado, sin que la duplicidad pueda convertirse en un beneficio inesperado para la entidad; y en materia de prórroga, se ha subrayado el carácter imperativo de la regla del artículo 106 bis.5 LCS, que atribuye en exclusiva al tomador la facultad de oponerse a la prórroga y excluye la denuncia unilateral por parte de la aseguradora, especialmente cuando ello supondría la pérdida irrecuperable de las primas pagadas y la frustración de la función típica del seguro de decesos. En el ámbito de Castilla-La Mancha, la jurisprudencia de las Audiencias Provinciales en decesos es todavía escasa, pero el marco expuesto permite anticipar que los tribunales de la región tenderán a aplicar estos mismos criterios cuando se planteen conflictos sobre exceso, duplicidad de pólizas, servicios no prestados o prórroga.

En este contexto, resulta especialmente relevante, en el ámbito de Castilla-La Mancha, la SAP de Ciudad Real (Secc. 2.ª) 293/2023, de 18 de septiembre, relativa a un seguro de decesos concertado con Divina Pastora. En ella la Sala examina una cláusula que excluía el fallecimiento del asegurado como consecuencia de enfermedades preexistentes no declaradas y confirma la desestimación de la demanda al apreciar, por un lado, que la cláusula tiene naturaleza limitativa pero cumple las exigencias formales del artículo 3 LCS (aparece bajo el epígrafe “Cláusulas limitativas de decesos”, destacada y con constancia de firma digital en la solicitud) y, por otro, que concurre una omisión dolosa en la declaración de salud del tomador en los términos del artículo 10 LCS. La sentencia muestra cómo, también en decesos, las Audiencias Provinciales aplican de forma combinada el control de incorporación de las cláusulas limitativas y el deber de declaración del riesgo para resolver los conflictos sobre cobertura de fallecimientos relacionados con patologías preexistentes.

La línea que dibuja esta sentencia de la Audiencia Provincial de Ciudad Real se corresponde con la seguida por otras Audiencias Provinciales en materia de seguro de decesos. Así, la SAP de Sevilla (Secc. 6.ª) 467/2012, de 27 de noviembre, calificó como cláusula limitativa, y por tanto inoponible por no cumplir el artículo 3 LCS, la exclusión del servicio de velatorio incluida únicamente en la ficha técnica de una póliza de decesos, condenando a la aseguradora a abonar el coste del servicio y a indemnizar el daño moral derivado de la privación del velatorio. De forma análoga, la SAP de Cáceres (Secc. 1.ª) 172/2014, de 10 de julio, apreció incumplimiento contractual cuando la entidad no facilitó el servicio funerario en el lugar de residencia del asegurado y obligó a sus herederos a

contratarlo con un tercero, condenando a la compañía al reembolso íntegro de los gastos y al pago de los intereses del artículo 20 LCS. Por su parte, la SAP de Barcelona (Secc. 13.^a) 690/2010, de 14 de diciembre, reconoció a los causahabientes el derecho a percibir en metálico el equivalente al coste de un nicho cuya adquisición estaba comprendida en el servicio contratado, al no haber cumplido la aseguradora esa parte de la prestación. Sobre el plano opuesto, la SAP de Vizcaya (Secc. 5.^a) 500/2011, de 21 de diciembre, rechazó la pretensión de resolución del contrato y devolución de todas las primas satisfechas por una asegurada disconforme con las actualizaciones del servicio, recordando el carácter de prima de riesgo del seguro de decesos, y, en otra resolución más reciente (Sentencia 255/2021, de 19 de octubre), consideró delimitadora, y, por tanto, válida, la cláusula que limita la cobertura de accidentes a los supuestos de fallecimiento del asegurado dentro del año siguiente al siniestro, al formar parte de la definición del riesgo asegurado en una póliza cuya cobertura principal sigue siendo el decesos.

La jurisprudencia de otras Audiencias Provinciales pone de manifiesto que, incluso fuera del ámbito de Castilla-La Mancha, las Audiencias tienden a controlar con rigor las cláusulas y prácticas de las aseguradoras de decesos que afectan a la prestación de los servicios funerarios, al exceso de suma asegurada, a la duplicidad de pólizas o a la delimitación del riesgo complementario de accidentes.

En el ámbito de Castilla-La Mancha, la jurisprudencia de las Audiencias Provinciales en decesos sigue siendo relativamente escasa, pero decisiones como la comentada de la Audiencia Provincial de Ciudad Real, junto con el marco normativo expuesto, permiten anticipar que los tribunales de la región tenderán a aplicar estos mismos criterios cuando se planteen conflictos sobre exceso, duplicidad de pólizas, servicios no prestados o prórroga.

3. CONTROL DE CLÁUSULAS Y PRÁCTICAS ABUSIVAS EN LOS SEGUROS DE SALUD Y DE DECESOS

En los apartados anteriores se ha fijado el marco normativo y jurisprudencial aplicable a los seguros de salud y de decesos, así como los criterios con los que el Tribunal Supremo y las Audiencias Provinciales controlan las condiciones generales de la contratación. A partir de ahí, este tercer capítulo se centra en el terreno propiamente material del control de abusividad, esto es, en cómo se concretan en la práctica las exigencias de buena fe, transparencia y equilibrio contractual derivadas de la LCS, de la LCGC y del TRLGDCU. El artículo 82 TRLGDCU, al referirse tanto a las cláusulas no negociadas que causan un desequilibrio importante como a las “prácticas no consentidas expresamente”, obliga a considerar conjuntamente el contenido de las pólizas y el modo en que las aseguradoras las diseñan, comercializan y aplican.

Con esa perspectiva, este epígrafe se divide en dos grandes bloques. En el ámbito de los seguros de salud, se analizan, por un lado, las cláusulas que más frecuentemente suscitan problemas, exclusiones por preexistencias, periodos de carencia, copagos y límites de reembolso, restricciones territoriales y de urgencias y, por otro, las prácticas que pueden desvirtuar la cobertura esperada (uso del cuestionario de salud, contratación telefónica o digital sin soporte duradero, modificaciones del cuadro médico, revisiones de prima y no prórroga estratégica). En el ámbito de los seguros de decesos, el análisis se centra en las cláusulas

que afectan al núcleo de la prestación funeraria, al exceso de suma asegurada, a la concurrencia de pólizas y a las garantías complementarias, así como en las prácticas asociadas a la integración vertical aseguradora–funeraria, a la gestión del exceso, a la actualización de primas y a la prórroga del contrato. El objetivo es identificar los puntos en los que cláusulas y prácticas pueden considerarse abusivas y ofrecer criterios para su depuración.

3.1. Seguros de salud: cláusulas y prácticas abusivas

3.1.1. Cláusulas típicamente abusivas o lesivas en seguros de salud

En los seguros de salud, el control de cláusulas se concentra, ante todo, en cuatro grupos: las exclusiones por enfermedades preexistentes, los periodos de carencia, los copagos y límites de reembolso, y las limitaciones territoriales y de urgencias. El punto de partida lo marca el artículo 10 LCS, que configura el deber del tomador como un deber de contestar de manera leal al cuestionario de salud que le somete el asegurador, y no como una obligación de declaración espontánea ilimitada. La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha reiterado que la aseguradora asume el riesgo de aquello que no pregunta o pregunta de forma demasiado genérica y que solo puede resolver el contrato o denegar la prestación cuando prueba una omisión dolosa o gravemente negligente de datos relevantes expresamente recabados¹⁰⁴.

Sobre esta base, resultan especialmente problemáticas, desde la óptica de la abusividad, las cláusulas que excluyen en bloque cualquier “enfermedad, lesión, dolencia, estado o condición de salud preexistente”, incluso “no conocida ni sospechada”, sin vincular su aplicación a un cuestionario claro. La jurisprudencia ha llegado a declarar incompatible con el artículo 10 LCS una cláusula de este tipo en un seguro de asistencia sanitaria, al entender que pretende considerar preexistentes incluso enfermedades desconocidas para el asegurado y que se utiliza para suplir la ausencia de un verdadero cuestionario de salud. Estas exclusiones generales no solo chocan con el esquema legal de declaración del riesgo, sino que se aproximan a la noción de cláusula sorpresiva y lesiva en el sentido del artículo 3 LCS y del artículo 82 TRLGDCU, pues permiten vaciar de contenido la cobertura en situaciones que el asegurado podía razonablemente considerar aseguradas.

La jurisprudencia de las Audiencias de Castilla-La Mancha ilustra bien esta tensión. En un caso resuelto en la SAP de Ciudad Real (Sección 1.ª) de 29 de marzo de 2000, se negó la posibilidad de rescindir un seguro de asistencia sanitaria por el mero hecho de que la asegurada padeciera una enfermedad crónica cuando la póliza no contenía ninguna exclusión expresa de este tipo y la aseguradora ni siquiera aportó el cuestionario de salud que decía haber utilizado. En cambio, cuando sí existe un cuestionario concreto y se acredita la ocultación relevante de patologías ya diagnosticadas, los tribunales de instancia han admitido la validez de exclusiones bien formuladas y su aplicación al caso,

¹⁰⁴ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “La aptitud y relevancia de las preguntas del cuestionario de salud y la valoración del deber de declaración del riesgo en un seguro de vida e invalidez vinculado a un préstamo hipotecario. Comentario STS de 7 de febrero de 2019 (RJ 2019, 320)”, *Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil*, núm. 111, 2019, pp. 189-220; DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Sentencia de 4 de diciembre de 2014. Contrato de seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario: el deber de declaración del riesgo del tomador constituye un deber de contestación o respuesta a las preguntas formuladas por el asegurador...”, *Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil*, núm. 99, 2015, pp. 239-266; y CEBALLOS PADRÓN, S., *El seguro de asistencia sanitaria*, TFM, Univ. Salamanca, 2013, cap. 2.2.1 (“El cuestionario de salud”).

como sucede en la jurisprudencia de la Audiencia Provincial de Cuenca (sentencia de 11 de noviembre de 1994, seguro de asistencia médica, con ocultación de antecedentes relevantes en un cuestionario detallado). Esta lógica se extiende, con las particularidades propias de cada ramo, a los seguros de decesos, como muestra la Audiencia Provincial de Ciudad Real (Sección 2.^a), en sentencia de 18 de septiembre de 2023, que considera oponible una exclusión de fallecimiento por enfermedades preexistentes no declaradas al concurrir, de un lado, una cláusula limitativa correctamente identificada y aceptada y, de otro, una omisión dolosa en la declaración de salud, aplicando conjuntamente los artículos 3 y 10 LCS.

Un segundo foco clásico son los periodos de carencia, que retrasan temporalmente la efectividad de determinadas coberturas (hospitalización, intervenciones quirúrgicas, parto, determinados tratamientos). La LCS no los prohíbe, pero su función es restringir temporalmente el acceso a prestaciones que el tomador percibe como nucleares en un seguro de salud. Desde esta perspectiva, la doctrina y buena parte de la jurisprudencia han equiparado la carencia a una cláusula limitativa de derechos sometida a las exigencias del artículo 3 LCS (redacción clara, destacado especial, aceptación específica por escrito)¹⁰⁵. Así lo confirman asuntos como el resuelto por la Audiencia Provincial de Albacete (Sección 1.^a) en sentencia 23/2025, de 22 de enero, donde se da eficacia a un periodo de carencia de diez meses para hospitalización y parto porque la cláusula figuraba de manera clara en la póliza, la asegurada la había aceptado y no se acreditó la concurrencia de urgencia vital ni de parto prematuro en los términos previstos. En la misma línea, la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 16.^a), en sentencia 391/2023, de 20 de septiembre, considera oponible un periodo de carencia de diez meses en un seguro de salud al tratarlo como delimitador del ámbito temporal de la cobertura y constatar que había sido expresamente aceptado.

En cambio, cuando la carencia se reintroduce sin advertencia en una nueva póliza o permanece escondida en condiciones generales que no constan entregadas ni firmadas, las Audiencias suelen rechazar su aplicación, por entender que se vulneran tanto el artículo 3 LCS como las expectativas razonables del asegurado. La Audiencia Provincial de Burgos, en sentencia de 3 de noviembre de 2015, declaró inoponible un nuevo periodo de carencia que no se había hecho constar claramente al suscribir una segunda póliza, y otras resoluciones han negado eficacia a carencias que, en la práctica, convierten en ilusoria la cobertura para el riesgo típicamente asegurado.

Los copagos y los límites cuantitativos de reembolso plantean un problema análogo. Si el copago y los topes se presentan como parte de la estructura económica del producto, se recogen claramente en las condiciones particulares y han sido explicados en la fase precontractual, la jurisprudencia tiende a considerarlos cláusulas delimitadoras del riesgo, válidas sin necesidad de aceptación singular siempre que no resulten desproporcionados respecto de la prima¹⁰⁶. En esta línea se sitúa, por ejemplo, la Audiencia Provincial de Ciudad Real (Sección 1.^a), en sentencia 119/2022, de 10 de marzo, relativa a un seguro

¹⁰⁵ LÓPEZ VALVERDE, M., "El período de carencia en los seguros de salud", *Opinión, Sepín RC y Seguro*, diciembre 2014, ref. SP/DOCT/18753, pp. 3-7.

¹⁰⁶ LÓPEZ VALVERDE, M., "125 casos ganados por cláusulas oponibles de los seguros: en los seguros de personas. *Casos Ganados*", Septiembre 2025, Sepín RC y Seguro, ref. SP/DOCT/129058, pp. 1-25 (especialmente sobre la calificación de cláusulas delimitadoras y limitativas y la transparencia de límites y sublímites).

mixto de asistencia sanitaria con reembolso: se declara inoponibles ciertas exclusiones que no superaban el control del artículo 3 LCS, pero se reputan válidos los sublímites de reembolso fijados de forma clara en las condiciones particulares. De modo similar, la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 14.^a), en sentencia 515/2023, de 27 de julio, califica como cláusula delimitadora, y no limitativa, el sublímite específico de 905 euros anuales para psicología y psiquiatría dentro de un límite global de asistencia extrahospitalaria, al entender que se integra en la definición del riesgo asegurado y respeta las exigencias de transparencia.

Las restricciones territoriales y la cobertura de urgencias han generado también litigios en los que aflora un control material muy próximo al canon de abusividad. El artículo 103 LCS impide excluir las “necesarias asistencias de carácter urgente”, y la jurisprudencia de las Audiencias ha interpretado esa regla en sentido material: lo determinante es la existencia de una situación objetiva de urgencia, no el hecho de que el tratamiento se haya prestado dentro o fuera del cuadro médico. La Audiencia Provincial de Albacete (Sección 1.^a), en sentencia 153/2002, de 23 de julio, ofrece un ejemplo claro: la compañía se negó a pagar los gastos de una intervención realizada en la Clínica Universitaria de Navarra, ordenada por los médicos del hospital concertado de Albacete, invocando una cláusula que limitaba la cobertura a centros de Albacete y Madrid. La Audiencia, tras constatar la urgencia del tratamiento, consideró que esa cláusula tenía carácter claramente limitativo y no reunía los requisitos del artículo 3 LCS, de modo que la tuvo por no puesta y condenó a la aseguradora a reembolsar los gastos. La delimitación territorial de la red asistencial es legítima en abstracto, pero no puede imponerse de forma que vacíe de contenido la cobertura de urgencias ni de espaldas a las garantías formales exigidas por la ley.

3.1.2. Prácticas abusivas en seguros de salud

Más allá del tenor literal de las pólizas, en los seguros de salud se observan una serie de prácticas de mercado que, aunque no siempre cristalizan en cláusulas concretas, pueden considerarse abusivas en la medida en que desvirtúan el equilibrio del contrato. Entre ellas cabe mencionar el uso meramente formal del cuestionario de salud, con preguntas estereotipadas, formularios difíciles de leer o cumplimentados por el agente, la contratación telefónica o digital sin proporcionar un soporte duradero accesible (grabaciones, resúmenes escritos), la introducción de obstáculos administrativos para el acceso a prestaciones (autorizaciones, demoras injustificadas, exigencia de documentos superfluos), las modificaciones sustanciales del cuadro médico sin vías razonables de continuidad asistencial y el ejercicio estratégico de la facultad de no prórroga del contrato para desprenderse de asegurados “malos riesgos” por edad o siniestralidad.

La percepción de estas prácticas no es solo doctrinal o jurisprudencial. Los datos de las asociaciones de consumidores confirman que los seguros de salud se encuentran entre los ramos con mayor conflictividad percibida. Según la información facilitada por la OCU a un reportaje periodístico reciente, en 2019 el ramo que más reclamaciones acumuló entre sus socios fue precisamente el seguro de salud y accidentes, por delante del seguro del hogar, los seguros de transporte y los seguros de vida y de viajes. En este ámbito, las quejas se refieren tanto a la exclusión de tratamientos que el paciente considera necesarios como a la dificultad para renovar la póliza a medida que el asegurado envejece o empeora su

estado de salud, tras años de pago de primas, así como a subidas de prima inesperadas, denegaciones de cobertura de siniestros que el asegurado creía incluidos y cuantías de indemnización insuficientes para atender los gastos reales¹⁰⁷.

A estas prácticas se suma, de forma cada vez más visible, la utilización de técnicas de segmentación del riesgo basadas en big data y modelos predictivos. En no pocos casos, el cuestionario de salud que se somete al tomador es muy somero, pero la aseguradora complementa esa información con datos internos (historial de siniestros, comportamiento de pago) o externos, elaborando perfiles de riesgo que se traducen en ajustes de prima o en decisiones sobre admisión y continuidad de la cobertura. Cuando este tratamiento de datos no se acompaña de una información clara sobre los criterios básicos de evaluación ni de vías efectivas de revisión, el asegurado desconoce en la práctica qué factores están influyendo en la tarificación o en la revisión de su póliza. Se genera así una capa opaca de selección de riesgos que, si conduce a incrementos significativos de prima o a restricciones de cobertura no previsibles ni controlables por el tomador, puede calificarse como una práctica contraria a la buena fe y al estándar de transparencia material exigible en este tipo de contratos¹⁰⁸.

La Memoria del Servicio de Reclamaciones de la DGSFP ha insistido en la necesidad de cuestionarios individualizados y adaptados al riesgo en los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria, así como en la obligación de proporcionar al tomador documentación contractual en soporte duradero¹⁰⁹. Desde la perspectiva del artículo 82.1 TRLGDCU, estas conductas pueden encajar en la categoría de “prácticas no consentidas expresamente” cuando, en conjunto, generan un desequilibrio importante en perjuicio del asegurado: la negativa sistemática a facilitar la grabación del cuestionario telefónico, los cambios de cuadro médico sin alternativas razonables o la amenaza reiterada de no prórroga en contextos de vulnerabilidad sanitaria son ejemplos de comportamientos que, aunque no figuren en una cláusula concreta, pueden y deben ser evaluados con el mismo estándar de buena fe, transparencia y equilibrio que inspira el control de cláusulas abusivas.

Otro ámbito delicado es el de la denominada “portabilidad” entre aseguradoras. Con frecuencia, la nueva póliza se comercializa bajo la promesa de respetar las carencias

¹⁰⁷ GRAU, X., “El manual de las ‘malas prácticas’ de las aseguradoras en España”, *La Vanguardia*, 29 de julio de 2020, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/seguros/hogar/20200729/482575101334/malas-practicas-reclamaciones-quejas-seguros-ocu.html> (consulta: 2 de diciembre de 2025). Esta percepción coincide con la experiencia de despachos especializados en reclamaciones frente a aseguradoras, que describen como prácticas habituales, en el ramo de salud, la dificultad para renovar las pólizas a medida que el asegurado envejece o se agrava su estado de salud y la denegación de coberturas precisamente en los supuestos más graves, invocando el cuestionario de salud rellenado al inicio del contrato (vid. COMPENSATOR, “Las malas prácticas más frecuentes de las aseguradoras”, disponible en: https://compensator.es/las-malas-practicas-mas-frecuentes-de-las-aseguradoras/#Malas_practicas_de_las_aseguradoras_por_ramas (consulta: 28 de noviembre de 2025).

¹⁰⁸ QUINTÁNS EIRAS, M.^a R., “Nuevas fronteras de la contratación de seguros: impacto de la IA en la suscripción del contrato”, *Revista Española de Seguros* (R.E.S.), núm. 200, 2024/4, pp. 723-769. ESTUPIÑÁN CÁCERES, R. / FONTICIELLA HERNÁNDEZ, B., “Big data e inteligencia artificial: ¿nuevas herramientas para un cambio de modelo en la contratación con consumidores frente a cláusulas abusivas?”, *Revista de Derecho Bancario y Bursátil*, núm. 168, 2022, pp. 69-88; MORILLAS JARILLO, M. J., *La información previa en la contratación de los seguros de personas: transparencia, cuestionarios y modelos predictivos*, Marcial Pons, Madrid, 2016, pp. 34-36.

¹⁰⁹ Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones 2022, cap. IV, apartados “Cuestionario de salud en un seguro de decesos” y “Cuestionario de salud en un seguro de asistencia sanitaria”.

y condiciones de la póliza anterior, de modo que el asegurado percibe que se mantiene una continuidad sustancial de la cobertura. Sin embargo, no es infrecuente que, en el condicionado de la nueva póliza, se reintroduzcan periodos de carencia o se amplíen exclusiones sin una advertencia clara al tomador, de forma que éste pasa a ser tratado, en la práctica, como un asegurado “nuevo” a efectos de riesgos esenciales (por ejemplo, hospitalización, parto o determinadas intervenciones). Cuando existe una discrepancia entre el mensaje comercial de continuidad y el contenido real del nuevo contrato, y las nuevas carencias o exclusiones no se explican de manera específica y destacada, resulta difícil sostener que el asegurado ha prestado un consentimiento informado; esta forma de operar puede considerarse una práctica abusiva, en cuanto desvirtúa la protección que el consumidor podía razonablemente esperar y contraría las exigencias de transparencia derivadas del artículo 3 LCS y del artículo 82 TRLGDCU¹¹⁰.

En cuanto a los cambios en el cuadro médico, la práctica de suprimir especialistas o centros decisivos para el asegurado sin ofrecer soluciones alternativas, otros facultativos de la misma especialidad, mantenimiento de tratamientos en curso, posibilidad de reembolso, puede considerarse contraria a la buena fe y a las expectativas razonables del tomador, sobre todo cuando la publicidad o la información precontractual hacían descansar la decisión de contratar en el acceso a determinadas clínicas o profesionales. La jurisprudencia no siempre anula cláusulas en estos casos, pero sí se ha mostrado proclive a interpretar en favor del asegurado cualquier ambigüedad sobre la continuidad de la red o sobre la cobertura de tratamientos iniciados.

En ocasiones, además, el diseño de la red asistencial se articula en la práctica a dos velocidades: una red “básica”, de fácil acceso y menor coste para la aseguradora, y una red de centros de alta especialización cuya utilización se encarece o dificulta mediante copagos añadidos, requisitos de autorización no previstos expresamente o demoras sistemáticas, pese a que la publicidad y la información precontractual presenten el producto como un seguro “con libre elección” o con “amplio cuadro médico”. Esta configuración puede ser legítima si se explica con transparencia al tomador; pero cuando la existencia de esos circuitos diferenciados no se hace visible en la fase de contratación y solo se revela en el momento de usar la póliza, por ejemplo, ante la derivación a determinados centros oncológicos o de diagnóstico avanzado, cabe cuestionar su compatibilidad con la buena fe y con las expectativas razonables del asegurado¹¹¹.

También la gestión de las reclamaciones puede derivar en prácticas abusivas cuando se utiliza como instrumento de desgaste del asegurado. La exigencia reiterada de documentación redundante, los cambios de criterio no motivados, la solicitud de informes adicionales en fases muy avanzadas de tramitación o los silencios prolongados antes de una denegación final, especialmente en reclamaciones de cuantía moderada, generan un

¹¹⁰ LÓPEZ VALVERDE, M., “125 casos ganados por cláusulas oponibles de los seguros: en los seguros de personas. *Casos Ganados*”, Septiembre 2025, Sepín RC y Seguro, ref. SP/DOCT/129058, pp. 1-25 (especialmente sobre la calificación de cláusulas delimitadoras y limitativas y la transparencia de límites y sublímites). en ese trabajo precisamente se analizan los problemas de reintroducir carencias al cambiar de póliza y de cómo se ha pronunciado la jurisprudencia de diversas Audiencias (A Coruña, León, Murcia, Valencia, entre otras).

¹¹¹ GONZÁLEZ CARRASCO, M. C., “Algunas cuestiones acerca de los seguros privados de salud en España”, *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 3, 2007, pp. 2691-2709 (especialmente sobre la relevancia del cuadro médico y la transparencia en la oferta de servicios).

entorno en el que el tomador se ve desincentivado a insistir en el ejercicio de sus derechos. Cuando este *modus operandi* se convierte en pauta de actuación y no en meros casos aislados, puede considerarse una práctica desleal en el sentido del artículo 82.1 TRLGDCU, pues dificulta u obstaculiza de facto el acceso a las prestaciones reconocidas en la póliza y traslada sobre el asegurado una carga de gestión que excede de lo razonable¹¹².

También merecen atención las prácticas de comercialización del seguro de salud a través de contratos de préstamo o de adhesión a colectivos en los que el seguro se presenta como un elemento casi indispensable para acceder a determinadas condiciones financieras o a otros servicios. En el ámbito del bancaseguro, no es infrecuente que el seguro de salud se ofrezca “empaquetado” con un crédito o con otros productos, con mensajes que sugieren que su contratación es necesaria para obtener el préstamo o para mejorar el tipo de interés, mientras que la información sobre la autonomía del seguro, su coste real, la posibilidad de contratarlo con otra entidad o de no renovarlo, queda en segundo plano. Cuando la vinculación en la oferta no se acompaña de una separación clara de contratos, de precios y de derechos, especialmente en lo que se refiere a la duración, a la facultad de resolución y a la independencia de la póliza de salud respecto del contrato principal, la posición del asegurado-consumidor se ve debilitada y pueden plantearse problemas de abusividad en la práctica de venta vinculada, al menos desde la óptica del TRLGDCU y de la normativa de servicios financieros dirigida a consumidores¹¹³.

Por último, en lo que se refiere a la resolución o no prórroga del contrato por parte de la aseguradora, diversas sentencias de Audiencias Provinciales han mostrado reticencias frente a la denuncia unilateral *ad nutum* cuando se utiliza como mecanismo para desprenderse de asegurados “malos riesgos” sin ofrecer alternativas de continuidad. Aunque el artículo 22 LCS permite la oposición a la prórroga, su ejercicio debe acomodarse a la buena fe y a la protección del asegurado-consumidor; la combinación de incrementos fuertes de prima y amenaza de no prórroga puede acercarse a un terreno en el que la práctica resulte abusiva si, en la realidad económica del mercado, deja al asegurado sin opciones razonables de contratación alternativa. Desde esta perspectiva, el análisis de las prácticas de distribución, de gestión de siniestros y de modificación de la red asistencial es tan relevante como el examen formal de las cláusulas para identificar los focos de abusividad en los seguros de salud.

¹¹² BUSTO LAGO, J. M. / ÁLVAREZ LATA, N. / PEÑA LÓPEZ, F., *Reclamaciones de consumo: cláusulas abusivas*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2005, pp. 800-808, en particular sobre prácticas que dificultan el ejercicio de los derechos del consumidor de seguros y su encaje en el artículo 82.1 TRLGDCU.

¹¹³ CARRASCO PERERA, Á. (coord.), *Derecho de consumo: materiales, fundamentos, aplicaciones*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2023, en especial los capítulos dedicados a servicios financieros y ventas vinculadas; junto con la aplicación general del TRLGDCU a los contratos de seguro analizada por TIRADO SUÁREZ, F. J., “La aplicación de la Ley General de protección de consumidores y usuarios al contrato de seguro”, en *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 187-233.

3.2. Seguros de decesos: control de cláusulas y prácticas abusivas

3.2.1. Cláusulas problemáticas en el seguro de decesos

En el seguro de decesos, el control de cláusulas se concentra en torno al contenido y alcance de la prestación funeraria, al destino del exceso de suma asegurada, a la delimitación del ámbito territorial y subjetivo de la cobertura y a las exclusiones por enfermedades preexistentes o riesgos complementarios. Tras la reforma de 2015, los artículos 106 bis y 106 quáter LCS han positivado la configuración de este contrato como seguro de prestación de servicios funerarios, con reconocimiento expreso del derecho al exceso a favor del tomador o de sus herederos y de la libertad de elección del prestador, de modo que las cláusulas que directa o indirectamente contradicen estas previsiones se sitúan en un terreno especialmente sensible desde la óptica de la abusividad¹¹⁴.

En materia de exclusiones, la problemática se asemeja a la de los seguros de salud. La Sentencia de la Audiencia Provincial de Ciudad Real (Sección 2.ª) 293/2023, de 18 de septiembre, relativa a un seguro de decesos de Divina Pastora, ofrece un ejemplo significativo: la aseguradora deniega la prestación invocando una cláusula que excluye el fallecimiento del asegurado “por enfermedades preexistentes” no declaradas en el cuestionario. La Sala reconoce el carácter limitativo de la cláusula, pero constata que aparece claramente identificada como “cláusula limitativa de decesos”, destacada en la documentación contractual y aceptada mediante firma, aunque sea en formato digital, con lo que considera cumplidas las exigencias del artículo 3 LCS. A ello suma la constatación de una omisión relevante de datos de salud por parte de la tomadora, que había silenciado patologías previas directamente relacionadas con el fallecimiento. Sobre esta base, concluye que la exclusión es oponible y confirma la desestimación de la demanda. El caso pone de relieve que, en decesos, el control de estas cláusulas pasa tanto por su adecuada incorporación como por el examen del comportamiento del tomador a la luz del artículo 10 LCS; pero también sugiere que exclusiones de este tipo difícilmente resistirían el control si no se hubieran presentado de forma transparente o si se pretendiera aplicarlas sobre la base de cuestionarios meramente formularios¹¹⁵.

El contenido de la prestación funeraria ha dado lugar a numerosas controversias. La Sentencia de la Audiencia Provincial de Sevilla (Sección 6.ª) 467/2012, de 27 de noviembre, resuelve un litigio en el que la aseguradora negaba el derecho al velatorio alegando que la modalidad contratada no incluía la capilla ardiente, exclusión que solo figuraba en una ficha interna de producto. La Audiencia considera que, para un contratante medio, el seguro de decesos comprende “todo lo relativo al sepelio”, incluyendo el velatorio, y que la exclusión

¹¹⁴ MARCOS FERNÁNDEZ, F. / SÁNCHEZ GRAELLS, A., “Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos”, *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 263, 2007, pp. 207-230; ORTIZ DEL VALLE, M.ª C., “Estudio crítico del seguro de decesos: vigencia práctica y elementos configuradores a propósito de su regulación legal”, *Revista de Derecho Patrimonial*, núm. 44, 2017, pp. 129-168; MAESTRO MARTÍNEZ, J. L., *El seguro de decesos en la normativa aseguradora. Su encaje en Solvencia II*, Fundación MAPFRE, Madrid, 2014.

¹¹⁵ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “La protección de los usuarios en los servicios funerarios no efectivamente prestados y en los casos de elevación del precio tras la declaración del estado de alarma motivada por el COVID-19”, *Publicaciones Jurídicas*, CESCO, Universidad de Castilla-La Mancha, 30 de abril de 2020; DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Consecuencias de la duplicidad en los seguros de decesos”, *Publicaciones Jurídicas*, CESCO, 26 de febrero de 2019.

no aparecía recogida ni destacada en la póliza ni había sido expresamente aceptada por el tomador. Califica, por tanto, la exclusión como cláusula limitativa no incorporada conforme al artículo 3 LCS, la tiene por no puesta y condena a la aseguradora a asumir el coste del velatorio; además, aprecia un daño moral indemnizable por la privación de un elemento central en nuestro contexto social. Este tipo de resoluciones subraya que cláusulas que recortan aspectos nucleares del servicio funerario, velatorio, traslado, nicho, han de ser formuladas con extrema claridad y aceptadas de forma específica, so pena de ser consideradas lesivas¹¹⁶.

En la misma clave se sitúa la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 13.^a) 690/2010, de 14 de diciembre, relativa a una póliza que incluía la concesión de un nicho como parte del servicio asegurado. Ante la falta de ejecución de esa parte de la prestación, la Audiencia entiende que el nicho no era un mero “accesorio” opcional, sino un componente del servicio de decesos efectivamente contratado, y reconoce a los herederos el derecho a optar por una indemnización en metálico equivalente al coste de dicho nicho, de acuerdo con la propia cláusula que permitía sustituir la prestación en especie por una suma de dinero. Condena a la aseguradora al pago de ese importe más los intereses moratorios del artículo 20 LCS, al apreciar una mora injustificada. Desde la perspectiva del control de contenido, esta jurisprudencia muestra que las cláusulas que describen la prestación asegurada vinculan a la compañía y que la denegación injustificada de elementos centrales (como el lugar de enterramiento), puede ser leída como una frustración de la causa del contrato, incompatible con la buena fe¹¹⁷.

La delimitación del ámbito territorial del servicio ha sido objeto de cuestionamiento cuando se enfrenta a la expectativa razonable de la familia de que el sepelio se organice en el lugar de residencia del asegurado. La Sentencia de la Audiencia Provincial de Cáceres (Sección 1.^a) 172/2014, de 10 de julio, resuelve un caso en el que la aseguradora se negaba a prestar el servicio funerario en la localidad de residencia del fallecido y condicionaba la cobertura a la utilización de una funeraria en otra localidad. La Audiencia aprecia que la póliza podía razonablemente interpretarse en el sentido de que el servicio se prestaría en el lugar de residencia habitual del asegurado, considera que la negativa de la compañía constituye un incumplimiento contractual y reconoce a la familia el derecho a contratar el servicio con un tercero y a reclamar el reembolso íntegro de los gastos, con intereses del artículo 20 LCS. Este tipo de litigios pone de manifiesto que las cláusulas que, en la práctica, restringen de manera inesperada el lugar de prestación del servicio entran en tensión con la libertad de elección y con las expectativas que el contrato genera, y pueden ser consideradas abusivas si no se explican con una claridad excepcional.

¹¹⁶ ELGUERO MERINO, J. M., “Seguros de decesos y dependencia”, en *Ley de Contrato de Seguro*, BADILLO ARIAS, J. A. (coord.), 3.^a ed., Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2017, pp. 1685-1698.

¹¹⁷ REAL CAMPOS, S., Modelo de proyección de carteras de seguros para el ramo de decesos, Fundación MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro, Madrid, 2010, pp. 26-28; ALMARCHA JAIME, J., “El deber general de información al tomador del seguro en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (art. 96 LOSSEAR)”, CESCO, 2015; MORILLAS JARILLO, M. J., *La información previa en la contratación de los seguros de personas: transparencia, cuestionarios y modelos predictivos*, Marcial Pons, Madrid, 2016, pp. 34-36.

También han sido escrutadas las cláusulas que integran coberturas complementarias de accidentes en pólizas de decesos. La Audiencia Provincial de Vizcaya (Sección 5.^a), en sentencia 255/2021, de 19 de octubre, conoció de un seguro de decesos con un complemento de accidentes y una cláusula que limitaba esa garantía a los casos de “fallecimiento del asegurado dentro del año siguiente al accidente”. La Sala considera que se trata de una cláusula delimitadora del riesgo complementario —está definiendo qué siniestros constituyen objeto de esa cobertura adicional— y no limitativa de derechos, al no existir una expectativa razonable de que la póliza cubriera cualquier tipo de lesión no mortal. Lo decisivo para la Audiencia es que la remisión al “baremo póliza” y la referencia al fallecimiento dentro del plazo anual estaban explícitamente recogidas en las condiciones particulares, de forma que el tomador podía conocer el alcance real de la garantía de accidentes. En ausencia de esa claridad, no obstante, no sería difícil considerar una cláusula de este tipo como sorpresiva y, por tanto, sometida al régimen reforzado del artículo 3 LCS.

Por último, las pretensiones de resolución del contrato y devolución de todas las primas han generado también respuestas relevantes. La Audiencia Provincial de Vizcaya (Sección 5.^a), en sentencia 500/2011, de 21 de diciembre, rechazó la pretensión de una asegurada que, tras años de pago, quería rescindir su póliza de decesos y recuperar las primas satisfechas por estar disconforme con determinadas modificaciones del servicio. La Sala recuerda el carácter de prima de riesgo del seguro de decesos en su configuración tradicional: las primas retribuyen la cobertura año a año y no generan un derecho de reembolso, salvo que la póliza incorpore mecanismos de ahorro o de rescate, que no existían en el caso. Desde la perspectiva del TRLGDCU, esto implica que no puede tacharse de abusiva, por sí sola, una cláusula que niega la devolución de primas en un seguro de puro riesgo como el deceso; otra cosa es que, en productos híbridos o de larga duración con componentes de ahorro, la falta de transparencia sobre el destino de las primas y el valor económico consolidado pueda plantear problemas de abusividad.

3.2.2. Prácticas abusivas en seguros de decesos

Más allá del contenido del condicionado, la experiencia práctica ha puesto de relieve un conjunto de prácticas de mercado en el ramo de decesos que, sin figurar siempre como cláusulas explícitas, pueden ser consideradas abusivas cuando rompen el equilibrio contractual en perjuicio de la familia asegurada. Una de las más señaladas es la derivada de la integración vertical entre aseguradoras y empresas funerarias del mismo grupo. Al controlar simultáneamente la póliza y el prestador de servicios, la entidad aseguradora se encuentra en una posición privilegiada para fijar el coste del servicio funerario que sirve de base al cálculo de la prima y de la provisión, con incentivos para mantener precios elevados. Esta estructura crea un conflicto de intereses estructural y favorece prácticas que, en la realidad, restringen la libertad de elección del tomador o de sus herederos, por ejemplo, dificultando el uso de funerarias ajenas al grupo o desincentivándolo mediante la amenaza de perder la cobertura o el exceso.

Otra práctica especialmente discutible se ha puesto de manifiesto con ocasión de la crisis sanitaria de la COVID-19: la negativa a ajustar el precio del servicio cuando ciertos elementos no pueden prestarse o a reconocer el derecho al exceso en supuestos de

imposibilidad sobrevenida. Durante el estado de alarma, muchas aseguradoras de decesos no pudieron prestar todos los servicios contratados, velatorios, determinadas ceremonias o traslados, por restricciones legales, pero hubo casos en los que se pretendió mantener íntegra la prima o considerar que el servicio se había cumplido mediante prestaciones mínimas (simple introducción en nicho o incineración sin velatorio), sin devolver la parte proporcional de la suma asegurada ni abonar capital por los servicios no prestados. Esta forma de actuar entra en contradicción con el esquema del artículo 106 bis LCS y con el principio de buena fe: si la aseguradora no puede cumplir en especie lo pactado, está obligada a cumplir en dinero y a respetar el derecho al exceso; retener el capital no consumido supone, en la práctica, un enriquecimiento injustificado.

En la misma línea, los datos recabados por las asociaciones de consumidores muestran que el seguro de decesos ha pasado a ocupar un lugar destacado en las consultas y reclamaciones de los usuarios, especialmente a raíz de la pandemia de la COVID-19. Según la OCU, las principales demandas en este ramo se refieren precisamente a la devolución del exceso de la suma asegurada cuando el coste real del servicio funerario ha sido inferior al capital previsto, lo que confirma que la gestión del exceso no es una cuestión marginal, sino una fuente de conflicto recurrente entre asegurados y aseguradoras¹¹⁸.

La gestión de la prórroga y la presión para cambiar de póliza constituyen otro foco de posibles prácticas abusivas. El artículo 106 bis.5 LCS introduce un régimen especial al atribuir exclusivamente al tomador, y no a la aseguradora, la facultad de oponerse a la prórroga del contrato de decesos. La ratio de esta norma es evitar que la compañía ponga fin al contrato precisamente cuando es más valioso para el asegurado, cuando ha adelantado muchas primas y su edad o estado de salud le dificultan cambiar de aseguradora, lo que generaría un efecto “cautivo” especialmente intenso. No obstante, prácticas de mercado consistentes en ofrecer nuevos productos menos ventajosos bajo la sugerencia de que la póliza antigua dejará de comercializarse o en imponer incrementos de prima poco transparentes, acompañados de mensajes ambiguos sobre la continuidad del servicio, pueden situarse en un terreno fronterizo: formalmente no vulneran la regla de prórroga, pero en la realidad trasladan sobre el tomador la carga de aceptar cambios que alteran sustancialmente el equilibrio del contrato sin una información completa ni neutral¹¹⁹.

Finalmente, la información previa y la gestión del exceso de suma asegurada son ámbitos en los que la línea entre cláusula y práctica se difumina. El artículo 96 de la Ley 20/2015 (LOSSEAR) establece, con carácter general, que las entidades aseguradoras deberán facilitar al tomador, antes de la celebración del contrato, información suficiente, veraz y comprensible sobre las características esenciales del producto y sobre los derechos y obligaciones que se derivan de la póliza; y el artículo 125 del Real Decreto 1060/2015 concreta, en el ámbito del seguro de decesos, que la entidad deberá informar de forma

¹¹⁸ GRAU, X., “El manual de las ‘malas prácticas’ de las aseguradoras en España”, La Vanguardia, 29 de julio de 2020, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/seguros/hogar/20200729/482575101334/malas-practicas-reclamaciones-quejas-seguros-ocu.html> (consulta: 2 de diciembre de 2025).

¹¹⁹ Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha, arts. 4 y 33, que refuerzan la protección frente a prácticas comerciales desleales y cláusulas abusivas, imponiendo deberes de transparencia en la información y facultades sancionadoras a la Administración autonómica.

clara, en la fase precontractual, sobre la modalidad de prima (natural, nivelada o mixta), sobre su probable evolución, sobre el contenido y valor aproximado de los servicios funerarios cubiertos, sobre la libertad de elección de prestador y sobre el régimen de tratamiento del exceso¹²⁰. Sin embargo, la práctica habitual ha sido, en muchos casos, entregar documentación estandarizada de difícil comprensión, sin desglosar el coste real del servicio ni explicar con claridad qué ocurre cuando el coste efectivo es inferior al capital asegurado o cuando se utiliza una funeraria ajena al grupo. Las reclamaciones canalizadas ante la DGSFP y los litigios analizados en sede judicial muestran que la negación sistemática del pago del exceso, la falta de transparencia sobre su existencia o la condición de facto de su reconocimiento a la utilización de prestadores del grupo resultan difícilmente conciliables con el artículo 106 bis LCS y con el estándar de buena fe exigible en la contratación con consumidores. En este terreno, más que la anulación de cláusulas aisladas parece necesaria una lectura conjunta del marco normativo y de la práctica de mercado que permita calificar como abusivas aquellas conductas que, bajo la apariencia de simple ejecución del contrato, impiden al tomador o a sus herederos obtener el rendimiento económico que la póliza les prometía.

Estas inquietudes no solo se reflejan en la doctrina y en la supervisión, sino también en la práctica asociativa. En efecto, distintas plataformas de afectados por el seguro de decesos han denunciado que muchos asegurados llegan a pagar, a lo largo de su vida, varias veces el coste de un funeral, que los límites de prestación fijados por las pólizas son reducidos en relación con la prima acumulada y que las subidas de prima a medida que avanza la edad resultan desproporcionadas, invocando en estos casos la figura del enriquecimiento injusto y la existencia de un desequilibrio estructural entre el coste contratado y el servicio finalmente recibido¹²¹.

Pilar Domínguez.

Profesora Titular de Dº Civil Facultad de CC Sociales de Cuenca (UCLM)

¹²⁰ Vid. art. 96 de la Ley 20/2015, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR), y art. 125 del Real Decreto 1060/2015, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

¹²¹ ASOCIACIÓN DE AFECTADOS ASEGURADORAS, “Acción colectiva por abusos por el seguro de decesos”, disponible en: <https://www.asociacionafectadosaseguradoras.es/accion-colectiva-decesos/> (consulta: 2 de diciembre de 2025), donde se describen, desde la perspectiva de la asociación, tres tipos de abusos generalizados en el seguro de decesos (sobrepago acumulado de primas, límites bajos de prestación y subidas desproporcionadas de las primas con la edad del asegurado) y se promueve una acción colectiva para reclamar la eliminación de cláusulas abusivas y la devolución de cantidades.

III Identificación y análisis de cláusulas abusivas en seguros de Salud y Decesos

Conforme ya hemos ido comentando, desde la perspectiva de la persona consumidora, centrados en las pólizas de seguro contratadas con más habitualidad en CLM, hemos analizado las pólizas estándar de las siguientes aseguradoras¹²².

a) Salud:

- ✓ Asisa
- ✓ AXA
- ✓ DKV
- ✓ Mapfre
- ✓ Sanitas

b) Decesos:

- ✓ Almudena Seguros
- ✓ Fiatc
- ✓ Helvetia
- ✓ Mapfre

El análisis no se centrará en la totalidad del clausulado sino en cláusulas determinadas, las cuales generan especial problemática a la hora de ejecutar los contratos.

El estudio de las pólizas recogidas en los anexos, ha sido realizado por distintos autores, por lo que se aprecian distintas perspectivas respetando la libertad de cada uno, tanto en el fondo, como en la forma, pero sin dejar de lado el rigor científico, pues son profesionales jurídicos con dilatada experiencia en el sector de la distribución de seguros y con responsabilidades en instituciones de la mediación de seguros.

De los seguros analizados el marco del presente estudio, los seguros de salud han tenido un sorprendente aumento en su contratación después de la pandemia Covid-19, dejando de ser un producto que se podía considerar “elitista”- frente a la asistencia médica pública- a ser un seguro prácticamente de masas, lo cual ha permitido que se ofrezca a través de internet, cuando hasta no hace mucho, era impensable en los seguros de salud.

En el marco de la LOSSEAR y de la Ley del Contrato de Seguro, los seguros de salud se definen como de enfermedad¹²³, un nombre, poco comercial, por lo que es habitual en el mercado emplear en nombre “salud”.

Hemos de significar que la Disposición adicional quinta de la LCS veta la discriminación por razón de VIH/SIDA u otras condiciones de salud.

¹²² Pólizas que incluye tanto las Condiciones Generales como las Particulares, e incluso en algunos casos el documento de información previa de seguros de No Vida.

¹²³ Anexo A) 2 LOSSEAR. Art. 105 LCS.

En el ámbito de los enfermos oncológicos *“en ningún caso podrá denegarse el acceso a la contratación, establecer procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador, imponer condiciones más onerosas o discriminar de cualquier otro modo a una persona por haber sufrido una patología oncológica, una vez transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.”*

Queremos significar que esta cuestión no veta el que no tengamos que informar en el cuestionario para contratar un seguro de salud que hemos tenido o padecido cáncer¹²⁴, siendo preceptivo informarlo, aunque se deberá verificar que, no interfiere en las condiciones de contratación.

Igualmente hemos de poner de relieve que se permite “discriminar” a las personas consumidoras con SIDA o cáncer en la contratación de seguros de vida, accidentes, asistencia sanitaria, decesos o dependencia.

Realizada esta aproximación, y siguiendo un orden de exposición alfabético, comenzamos por los seguros de salud, y por la póliza de:

a.1) ASISA

DE LAS LIMITACIONES A LA COBERTURA Y RESTRICCIONES AL DERECHO

La póliza de salud, al delimitar el riesgo que acepta asumir la aseguradora, debe hacerlo con claridad meridiana, evitando que las exclusiones operen como un recorte sorpresivo de los derechos que el asegurado razonablemente espera obtener.

A. La Restricción en la Cobertura de la Salud Mental

El articulado del condicionado (C.G.) de ASISA evidencia limitaciones significativas en el ámbito de la Psiquiatría y Neuropsiquiatría. Se observa la exclusión de “tests psicológicos” y una serie de tratamientos y técnicas, como el “psicoanálisis”, la “hipnosis” y la psicoterapia (salvo una prestación específica) hecho que, sin ser experto en la materia, supone o puede suponer una limitación en las prestaciones esperadas que deberían o merecerían un mejor detalle para mayor conocimiento del asegurado.

Estas estipulaciones representan una cláusula limitativa de derechos con una alta exigencia de transparencia. La cobertura de la salud mental y sus tratamientos constituye una prestación básica en el marco de la asistencia sanitaria. Excluir de forma generalizada técnicas como la psicoterapia, que el asegurado puede considerar genéricamente cubiertas bajo el término “asistencia sanitaria”, recorta sustancialmente el objeto del contrato. Por lo tanto, esta limitación solo será válida si y solo si ha cumplido el estricto mandato del Artículo 3 de la LCS: que haya sido especialmente destacada y aceptada con una firma específica por el tomador del seguro. En su defecto, la cláusula deviene ineficaz.

¹²⁴ Art. 10 LCS

B. La Exclusión de Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas

Asimismo, se excluyen de la cobertura prácticas como la homeopatía, la organometría, la acupuntura y, en términos generales, las técnicas experimentales o no reconocidas por la ciencia médica.

En este caso, se trata de cláusulas que, en principio, son delimitadoras del riesgo y tienen por objeto concretar qué se entiende por “asistencia sanitaria” cubierta por la póliza. Dicha delimitación es admisible, siempre que la exclusión de las terapias no reconocidas se interprete de forma objetiva y no deje a la mera discrecionalidad de la aseguradora determinar qué técnica está “reconocida”. No obstante, estas exclusiones, por sí mismas, no suelen ser consideradas abusivas, sino que se enmarcan en la libertad contractual de la aseguradora para definir el objeto de su prestación.

DE LA MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y LA INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

Los dos aspectos más sensibles en la contratación de seguros de adhesión en España, con mayor índice de litigiosidad ante el Tribunal Supremo, son el control del precio y las consecuencias de la inexacta declaración del riesgo.

A. El Riesgo de la Revisión Unilateral del Precio

Aunque las condiciones pormenorizadas para la actualización anual de la prima no constan en los documentos de simulación y particulares proporcionados, la experiencia judicial en el sector permite inferir la existencia de una cláusula de revisión del precio.

Si dicha estipulación faculta a ASISA a modificar la prima anualmente basándose en criterios unilaterales, indeterminados o dependientes de su exclusiva voluntad (tales como el índice de siniestralidad o cálculos técnico-actuariales internos), esta cláusula incurre en nulidad de pleno derecho por ser abusiva. El Artículo 85.3 de la LGDCU prohíbe las cláusulas que dejan al arbitrio del profesional la modificación de los elementos esenciales del contrato, como es el precio. La revisión debe basarse en parámetros objetivos y transparentes que permitan al consumidor prever, con un mínimo de certidumbre, las futuras variaciones.

B. Las Consecuencias de la Inexacta Declaración del Riesgo

En consonancia con el criterio establecido para el sector, cualquier cláusula de ASISA que pretenda extender el derecho a impugnar o resolver el contrato más allá del plazo de un año desde su formalización, por motivos que no sean constitutivos de dolo (mala fe) del tomador, contraviene el Artículo 10 de la LCS.

El conocimiento de una afección preexistente por simple negligencia o error, si no se tipifica como dolo o fraude, no puede servir de base para la resolución contractual una vez transcurrido el año de caducidad fijado por la Ley. Toda estipulación que pretenda extender las consecuencias de la inexactitud (que no sean dolosas) fuera de ese plazo legal es una limitación nula por contravenir una norma imperativa.

JUICIO DE VALORACIÓN Y PRONUNCIAMIENTO FINAL

La revisión del clausulado de ASISA revela riesgos de nulidad e ineficacia que son sistémicos en el sector de la sanidad privada.

1. Nulidad por Abusividad (LGDCU): Existe una presunción de nulidad sobre la eventual cláusula de revisión anual de la prima si esta opera bajo criterios no transparentes o bajo el exclusivo control de la aseguradora, siendo un foco de acción prioritaria.
2. Ineficacia por Incumplimiento Formal (Art. 3 LCS): La limitación sustancial de la cobertura de la salud mental (psicoterapia y tratamientos) constituye una cláusula limitativa que, para ser eficaz, requiere la prueba por parte de ASISA de haber sido destacada especialmente y aceptada con firma específica por el tomador. Ante un incumplimiento de estas formalidades, la limitación deberá tenerse por no puesta, y la prestación excluida deberá considerarse cubierta.

Cláusula o Precepto Contractual	Naturaleza del Vicio Jurídico	Fundamento Legal de la Nulidad / Ineficacia	Conclusión y Riesgo
Revisión Anual de Primas	Abusividad por dejar el precio al arbitrio unilateral de la aseguradora.	Artículo 85.3 LGDCU (Cláusulas abusivas), en relación con el Art. 1256 Código Civil .	Nulidad de Pleno Derecho. El Tribunal Supremo anula estas cláusulas si los criterios de variación no son objetivos y ajenos a la voluntad de ASISA.
Limitación de Cobertura en Salud Mental (Exclusión de psicoterapia, psicoanálisis, etc. - C.G. p. 11, punto 11)	Cláusula limitativa de derechos que recorta sustancialmente la prestación esencial.	Artículo 3 LCS (Ley de Contrato de Seguro).	Ineficacia. Para ser válida, debe estar especialmente destacada y aceptada con firma específica por el asegurado. En caso contrario, se tiene por no puesta.
Consecuencias de la Inexacta Declaración del Riesgo (Cláusulas que extienden el derecho de resolución)	Contravención de un plazo legal de caducidad.	Artículo 10 LCS (Plazo de caducidad de 1 año para impugnar el contrato).	Nulidad Parcial. Toda estipulación que permita a ASISA resolver el contrato después del primer año por motivos que no sean dolo (mala fe) es nula al contravenir el precepto legal imperativo.

Cláusula o Precepto Contractual	Naturaleza del Vicio Jurídico	Fundamento Legal de la Nulidad / Ineficacia	Conclusión y Riesgo
<p>Exclusión de Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas (Homeopatía, Acupuntura, técnicas experimentales - C.G. p. 11, punto 9)</p>	<p>Potencial limitación de derechos por vaguedad o sorpresa en la delimitación del objeto del seguro.</p>	<p>Artículo 3 LCS (Requisito de claridad, destaque y firma).</p>	<p>Ineficacia. Si la exclusión resulta sorpresiva para un asegurado medio o no cumple con las exigencias formales de transparencia del Art. 3 LCS, puede ser declarada ineficaz, obligando a cubrir las técnicas.</p>

Alex Mestre.

Presidente del Colegio de Mediadores de Tarragona
Abogado.

a.2) AXA

La piedra angular del análisis reside en el imperativo de la transparencia contractual y el equilibrio prestacional. La doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo ha establecido un doble control: el control de incorporación de las condiciones generales y el control de contenido o de abusividad. El primero, exigido por el Artículo 3 de la LCS, demanda que las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado se destaquen especialmente y se acepten por escrito; de no cumplirse esta formalidad, devienen ineficaces. El segundo, tutelado por la LGDCU, fulmina con la nulidad radical las cláusulas que generen un desequilibrio importante en perjuicio del consumidor, contraviniendo la buena fe.

DE LA DECLARACIÓN DEL RIESGO Y LAS EXCEPCIONES A LA INDISPUTABILIDAD

El equilibrio informativo entre el asegurador y el tomador halla su epicentro en la fase precontractual. La póliza de AXA incluye estipulaciones que parecen rebasar los límites impuestos por la legalidad vigente.

A. La Dilatación del Concepto de Preexistencia

Se observa en las Condiciones Generales (CCGG) una definición de enfermedad o estado de salud preexistente que abarca no solo el conocimiento de un diagnóstico médico, sino también la mera existencia de *“síntomas y/o signos... aunque no exista un diagnóstico médico”*.

Esta definición se erige en una cláusula limitativa que potencialmente contraviene el Artículo 10 de la LCS. La jurisprudencia es clara al exigir que el deber de declaración del tomador se ciña a las circunstancias conocidas y relevantes que le han sido preguntadas clara y expresamente en el cuestionario de salud. Trasladar al asegurado la carga de

interpretar síntomas sin un diagnóstico formal es un esfuerzo desproporcionado que introduce un elemento de vaguedad, restringiendo ex post la cobertura con un criterio que debió ser de delimitación *ex ante*. Si esta estipulación no cumple el requisito de la doble firma y el destaque especial (Art. 3 LCS), su ineficacia es ineludible.

B. La Extensión del Plazo Anual de Impugnación

Las CCGG contemplan que la póliza será indisputable tras un año, salvo que exista dolo o el tomador *“tuviera conocimiento de afección preexistente a la firma del contrato no reseñada en el cuestionario”*.

Este precepto es susceptible de nulidad parcial por contravenir directamente el mandato legal. El Artículo 10 de la LCS fija la caducidad del derecho del asegurador a impugnar el contrato en el plazo de un año, reservando únicamente la excepción del dolo (mala fe) para el mantenimiento de la acción resolutoria más allá de dicho término. Al equiparar el simple “conocimiento” (que podría ser mera culpa o negligencia) con la figura del dolo para perpetuar la potestad de impugnación, la aseguradora está limitando el derecho del asegurado a la consolidación del contrato, contraviniendo un precepto legal de carácter imperativo.

DE LAS LIMITACIONES DE COBERTURA Y RESTRICCIONES AL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Diversas cláusulas atañen a la restricción del derecho a la prestación una vez acaecido el siniestro o la necesidad de asistencia.

A. La Exclusión de Patologías Congénitas en Recién Nacidos

Se establece que, si uno de los progenitores no ha estado asegurado por un periodo de ocho (8) meses, se excluyen las prestaciones por enfermedades congénitas cuyos síntomas aparezcan durante el primer año del recién nacido.

El Tribunal Supremo ha sido particularmente sensible a la abusividad de ciertas cláusulas en seguros de salud. La exclusión sistemática de patologías congénitas, especialmente las desconocidas en el momento de la adhesión, puede desvirtuar la finalidad económica del seguro familiar, erigiéndose en una limitación del derecho que debe ser analizada bajo el prisma de la LGDCU y el Art. 3 LCS. Si la cláusula es sorpresiva, no destacada, y vacía de contenido la cobertura esperada, su destino es la nulidad por abusividad. PONER ALGO DEL TEMA SIDA, POR EJEMPLO

B. La Caducidad del Derecho por Incumplimiento Formal

Las CCGG indican que AXA no se hará cargo del coste de la asistencia si la solicitud de autorización de ingreso se presenta con posterioridad a las 72 horas de haberse producido el mismo.

Nos encontramos aquí ante una cláusula limitativa con un marcado componente abusivo (Art. 87 LGDCU). Se condiciona la existencia del derecho esencial a la indemnización o prestación por el incumplimiento de una carga formal (plazo administrativo) en un

momento de especial vulnerabilidad para el asegurado. La pérdida automática de la cobertura por el transcurso de un plazo sin una vinculación causal directa y probada con un perjuicio real para la aseguradora, genera un desequilibrio manifiesto, siendo por tanto susceptible de ser declarada nula.

DE LA MODIFICACIÓN UNILATERAL DEL PRECIO Y LA VIGENCIA

El Tribunal Supremo ha prestado especial atención a las cláusulas que afectan a los elementos esenciales del contrato, como es el precio.

A. La Cláusula de Revisión Anual de Primas

Las CCGG permiten a AXA la modificación anual de las primas en base a elementos tales como “cálculos técnico-actuariales”, “modificaciones de los costes asistenciales” y el “índice de siniestralidad”, con la conformidad previa del tomador.

Esta estipulación incurre en un vicio de nulidad radical por contravenir el Artículo 85.3 de la LGDCU y el Artículo 1256 del Código Civil (“La validez y el cumplimiento de los contratos no pueden dejarse al arbitrio de uno de los contratantes”). La jurisprudencia establece que la revisión del precio debe basarse en índices claros, objetivos y ajenos a la voluntad exclusiva del profesional. Al remitir a “cálculos técnico-actuariales” internos y variables dependientes del arbitrio de la aseguradora, la cláusula dota a AXA de la facultad de modificar unilateralmente el elemento esencial del precio, erigiéndose como abusiva e ineficaz.

B. La Resolución por Ausencia de Residencia

La póliza prevé como causa de resolución el hecho de “no residir en España por un periodo mínimo de seis meses” durante la anualidad del seguro.

Si bien la residencia es un elemento que delimita el riesgo cubierto (por su ámbito territorial), su configuración como causa automática de resolución por una simple ausencia temporal de seis meses debe ser valorada. Podría considerarse una cláusula limitativa que, si no es aceptada expresamente o si se aplica de forma desproporcionada sin que se pruebe la alteración del riesgo asegurado, podría incurrir en la ineficacia del Artículo 3 LCS.

JUICIO DE VALORACIÓN Y PRONUNCIAMIENTO FINAL

Las Condiciones Generales de la póliza de salud AXA Óptima Plus presentan un catálogo de estipulaciones que, con una alta probabilidad, no superarían un control judicial de transparencia y abusividad a juicio de quien suscribe.

Se concluye que las cláusulas relativas a la modificación unilateral del precio, la extensión del plazo de indisputabilidad más allá del dolo y las restricciones al derecho a la prestación por causas formales (72 horas de autorización) se encuentran gravemente viciadas, siendo su destino la nulidad de pleno derecho.

Las cláusulas que definen las preexistencias sin diagnóstico y las exclusiones de recién nacidos son catalogables como limitativas y, por ende, su eficacia queda supeditada al estricto cumplimiento de la doble exigencia de incorporación y transparencia (Art. 3 LCS), siendo ineficaces si la aseguradora no prueba su firma especial y destacada por el consumidor.

Cláusula Identificada	Fundamento Legal y Análisis	Valoración Jurídica
<p>Definición de Preexistencia (CCGG, pág. 4): Considera enfermedad o estado de salud preexistente lo conocido por el Asegurado o Tutor, incluyendo “síntomas y/o signos... aunque no exista un diagnóstico médico”.</p>	<p>Contravención del Art. 10 LCS y Abusividad (LGDCU). El TS limita la carga del asegurado a declarar las circunstancias conocidas y relevantes, requeridas por la aseguradora mediante un cuestionario. Extender la preexistencia a meros “signos o síntomas” sin diagnóstico, y sin haber sido preguntados clara y expresamente en el cuestionario de salud, traslada al asegurado una carga de diagnóstico desproporcionada. Es una cláusula limitativa que restringe la cobertura en base a un concepto vago, lo que exigiría su firma destacada (Art. 3 LCS).</p>	<p>Nulidad o Ineficacia (si no cumple Art. 3 LCS o si se considera abusiva por generar desequilibrio).</p>
<p>Excepción a la Indisputabilidad (CCGG, pág. 30): La póliza será indisputable trascurrido un año, salvo que el Tomador haya actuado con dolo o tuviera conocimiento de afección preexistente a la firma del contrato no reseñada en el cuestionario.</p>	<p>Contravención del Art. 10 LCS. El LCS establece la caducidad al año para la impugnación, con la única excepción del dolo (mala fe o fraude). La cláusula amplía esta excepción a la mera “inexactitud” o “conocimiento” (culpa/negligencia) más allá del plazo de un año, lo que contraviene directamente la norma legal, limitando indebidamente la protección del asegurado.</p>	<p>Nulidad Parcial (en lo que excede el concepto de <i>dolo</i> después del año).</p>

Cláusula Identificada	Fundamento Legal y Análisis	Valoración Jurídica
<p>Exclusión/Carencia de Recién Nacidos (CCGG, pág. 6): Para evitar las carencias y exclusiones de enfermedades congénitas, un progenitor debe llevar asegurado más de ocho (8) meses. Si no se cumple, se excluyen las prestaciones por enfermedades congénitas cuyos síntomas aparezcan durante el primer año.</p>	<p>Limitación del Derecho (Art. 3 LCS) y Abusividad (LGDCU). La exclusión de cobertura de enfermedades cuyo síntoma aparece en el primer año para el recién nacido, incluso si eran desconocidas, desvirtúa la finalidad del seguro. Jurisprudencia del TS ha declarado abusivas las exclusiones sistemáticas y automáticas de patologías congénitas desconocidas al contratar, al considerar que limitan el derecho del asegurado de forma sorpresiva y no delimitadora.</p>	<p>Nulidad o Ineficacia (si no se firma específicamente o por abusividad).</p>
<p>No Cobertura por Falta de Autorización Post-Ingreso (CCGG, pág. 28): AXA no se hará cargo del coste de la asistencia si la solicitud de autorización de ingreso se hace con posterioridad a las 72 horas de haberse producido.</p>	<p>Cláusula Limitativa (Art. 3 LCS) y Abusiva (Art. 87 LGDCU). Esta cláusula restringe el derecho a la prestación por el incumplimiento de un mero trámite administrativo posterior al siniestro. Impone al asegurado una carga desproporcionada, especialmente en casos de urgencia vital, y carece de reciprocidad. El incumplimiento de un plazo administrativo no puede suponer la pérdida automática del derecho a la cobertura sin prueba de dolo o de perjuicio directo a la aseguradora.</p>	<p>Nulidad o Ineficacia (si no cumple Art. 3 LCS o por abusividad).</p>

Cláusula Identificada	Fundamento Legal y Análisis	Valoración Jurídica
<p>Actualización Anual de Primas (CCGG, pág. 30): AXA podrá modificar las primas basándose en “cálculos técnico-actuariales,” “modificaciones de los costes asistenciales,” “innovaciones tecnológicas” y el “índice de siniestralidad.” El Tomador da su conformidad a estas variaciones.</p>	<p>Abusividad (Art. 85 LGDCU) y Contravención del Art. 1256 C.C. La jurisprudencia del TS anula las cláusulas de actualización de prima que remiten a criterios vagos o indeterminados (“cálculos técnico-actuariales”) que dependen de la exclusiva voluntad del asegurador, dejando el precio final al arbitrio de este. La conformidad previa genérica del tomador es ineficaz, pues no conoce el importe exacto.</p>	<p>Nulidad (por dejar un elemento esencial del contrato al arbitrio de una de las partes).</p>
<p>Residencia Habitual (CCGG, pág. 6): Causa de resolución del contrato es el “traslado de la residencia habitual del Asegurado al extranjero o no residir en España por un periodo mínimo de seis meses durante la anualidad del seguro”.</p>	<p>Delimitadora del Riesgo, pero Potencialmente Abusiva. Aunque es legítimo que el contrato delimite el riesgo al ámbito territorial (España), convertir la simple ausencia de 6 meses en causa de resolución sin vincularlo a un incremento real del riesgo asegurado (más allá de la asistencia en viaje) podría ser visto como una cláusula limitativa que exige la aceptación especial del Art. 3 LCS.</p>	<p>Ineficacia (si no se cumple Art. 3 LCS) o Anulabilidad (si se prueba desequilibrio).</p>

Alex Mestre.

Presidente del Colegio de Mediadores de Tarragona
Abogado.

a.3) DKV

DE LA GESTIÓN ECONÓMICA DEL RIESGO Y EL VETO A LA UNILATERALIDAD

A. La Modificación de la Prima: El Criterio Arbitrario

La práctica del mercado asegurador, salvo prueba en contrario, suele consagrar una cláusula de revisión anual de la prima que remite a variables internas de la aseguradora, como los “cálculos técnico-actuariales” o la “siniestralidad” del grupo.

En este punto insistimos, la línea jurisprudencial del Tribunal Supremo es pétreo: toda cláusula que confiera a DKV la potestad de modificar unilateralmente el precio en función de criterios indeterminados, no objetivos o dependientes de su exclusiva voluntad, está afectada de nulidad radical. Constituye una contravención manifiesta del Artículo 85.3 de la LGDCU, que prohíbe las cláusulas que dejen al arbitrio del profesional la alteración de los elementos nucleares del contrato. El precio debe ser determinable con base en índices externos, conocidos y verificables por el consumidor.

B. La Garantía de Irrenunciabilidad: Entre la Promesa y la Condición

Se observa que la Información Previa de DKV incluye un compromiso trascendental para el asegurado: *“DKV se compromete a no anular el contrato a los asegurados que hayan permanecido durante tres anualidades consecutivas en el mismo”*.

Si bien esta declaración es un avance hacia la protección de la continuidad, la eficacia plena de esta garantía (irrenunciabilidad o no cancelación unilateral) se condiciona a que *“se den los requisitos que se establecen en las condiciones generales”*. El riesgo de nulidad parcial acecha en el desarrollo de estos requisitos. Si las Condiciones Generales supeditan la no cancelación a elementos que la Ley no ampara —como la edad avanzada del asegurado, el padecimiento de una enfermedad grave sobrevenida, o la simple elevación del coste de la asistencia—, dichas excepciones serán consideradas abusivas e ineficaces. La garantía de continuidad adquirida por el asegurado, tras el período de carencia, no puede ser frustrada por motivos inherentes a la realización del riesgo asegurado. Es decir, lo que en primer término puede ser considerada como una ventaja contractual favorable al asegurado, según esos requisitos, puede acabar siendo todo lo contrario.

DEL CONTROL DE INCORPORACIÓN Y LA FICTICIA ACEPTACIÓN FORMAL

El formalismo legal impuesto a la contratación de seguros exige que la asunción de las limitaciones por el asegurado sea un acto consciente y destacado.

La Fórmula Genérica del Artículo 3 LCS

En el epílogo de las Condiciones Generales (C.G., pág. 107) se inserta una fórmula estandarizada en la que el tomador *“otorga expresamente su conformidad a las cláusulas limitativas y delimitadoras incluidas en el mismo y, en especial, a las exclusiones de coberturas que se especifican en el apartado 5., que han sido resaltadas de manera especial y separadamente y cuyo contenido conoce y comprende por haberlo leído.”*

El TS ha dejado meridianamente claro que esta fórmula genérica, por sí sola, carece de la fuerza probatoria necesaria para validar las cláusulas limitativas. La Ley exige una aceptación específica que debe materializarse en el destaque físico y la doble firma sobre la cláusula concreta que restringe el derecho. Una aceptación masiva de un catálogo de exclusiones, aun cuando se afirme su resalte, se revela como un mero requisito formal.

Por tanto, esta fórmula solo tendrá eficacia si las exclusiones concretas que reducen o condicionan la cobertura (ej. periodos de carencia no vitales, restricciones en el número de

sesiones de ciertas terapias, o exclusiones de nuevas técnicas) han sido individualmente destacadas y suscritas por el tomador. Si esta exigencia no se verifica, las cláusulas limitativas devienen ineficaces y se tienen por no puestas.

JUICIO DE VALORACIÓN Y PRONUNCIAMIENTO FINAL

La póliza DKV Integral presenta un riesgo elevado de contienda judicial en los siguientes puntos:

1. Vicio de Nulidad Irreformable: La cláusula que regula la revisión unilateral de la prima, si se basa en criterios no objetivos, es nula de pleno derecho.
2. Ineficacia por Falta de Transparencia Reforzada: La aceptación de las limitaciones de cobertura, mediante una fórmula genérica sin firma individualizada sobre cada restricción, es ineficaz de conformidad con el Artículo 3 LCS.
3. Riesgo de Abusividad en la Continuidad: Las excepciones que restrinjan el derecho de irrenunciabilidad tras el tercer año, especialmente aquellas vinculadas al agravamiento natural del riesgo, son susceptibles de nulidad por abusividad.

Se concluye que la acción más contundente a emprender radica en el control de abusividad de la cláusula de precio, complementada con el control de transparencia sobre las restricciones que afecten a la cobertura esencial del asegurado.

Cláusula o Precepto Contractual	Naturaleza del Vicio Jurídico	Fundamento Legal de la Nulidad / Ineficacia	Conclusión y Riesgo
Revisión Anual de Primas (Modificación del precio)	Abusividad por dejar la alteración de un elemento esencial al arbitrio unilateral de DKV.	Artículo 85.3 LGDCU (Cláusulas abusivas) y Art. 1256 Código Civil .	Nulidad de Pleno Derecho. El criterio es el mismo que para el resto del sector: la opacidad y la unilateralidad en la fijación del precio final son nulas.
Fórmula Genérica de Aceptación de Limitaciones (CCGG, pág. 107)	Incumplimiento formal del requisito de aceptación específica de cláusulas limitativas.	Artículo 3 LCS (Requisito de destaque especial y firma específica).	Ineficacia de la fórmula. La mera inclusión de una cláusula genérica de aceptación en las CCGG no salva la falta de firma específica y destaque de las limitaciones concretas (ej. exclusiones por preexistencias).

Cláusula o Precepto Contractual	Naturaleza del Vicio Jurídico	Fundamento Legal de la Nulidad / Ineficacia	Conclusión y Riesgo
Excepciones al Compromiso de Irrenunciabilidad a los 3 Años (Información Previa)	Potencial limitación del derecho adquirido a la no cancelación por motivos ajenos al dolo o impago.	Artículos 82 y 85 LGDCU (Abusividad en la limitación de derechos del consumidor).	Nulidad Parcial. Toda excepción a la no cancelación (una vez cumplidos los 3 años) que se base en la edad del asegurado o el elevado gasto sanitario será nula por abusiva.
Cláusulas Limitativas No Destacadas (P.ej., en Psicoterapia o Indemnización)	Falta de transparencia y conocimiento por parte del tomador.	Artículo 3 LCS.	Ineficacia. Si la aseguradora no puede probar que la restricción (limitativa, no delimitadora) fue firmada y destacada individualmente, esta se tiene por no puesta.

Alex Mestre.

Presidente del Colegio de Mediadores de Tarragona
Abogado.

a.4) Mapfre. Seguro de Salud. Modalidad Asistencia Sanitaria.

En la cobertura bucodental (artículo 4º) se incluyen una serie de actos cuyo coste asume y paga la Aseguradora directamente al Servicio Concertado, pero también otros actos específicos cuyo coste abona directamente al Servicio Concertado el Asegurado a un precio convenido. En Anexo a las Condiciones Generales se identifican los actos que abona la Aseguradora y aquellos que con precio convenido paga el asegurado con el importe que figura junto a cada uno de ellos. Pero ese precio no es fijo y constante, sino que puede variar con el transcurso del tiempo, y la entidad lo advierte, y de forma destacada por aquello de salvaguardar lo previsto en el art. 3 de la LCS, de la forma que ahora se indica:

“Los precios convenidos establecidos son válidos para el período inicial de vigencia del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de modificar el importe de los mismos, así como a someter a precios convenidos prestaciones que no lo tenían previsto al contratar el seguro, previa comunicación al Asegurado, para los siguientes períodos de vigencia.”

Sí ya el hecho de reservarse la Aseguradora el derecho de modificar unilateralmente el importe de los actos objeto de cobertura que tenían un coste concertado ya podría

considerarse un desequilibrio en la posición de las partes, el hecho de imponer un precio a actos que lo no tenían en el momento de contratar el seguro, y sin que dicho coste esté sujeto a ningún límite, supone, al entender de este relator el ejercicio de una facultad que desequilibra claramente las posiciones de las partes, en perjuicio del Asegurado.

Ello puede dar lugar a que el Asegurado se encuentre de un período de cobertura al siguiente con costes desproporcionados o sorpresivos, que no tengan relación con el coste total del servicio o cuyo incremento se produzca sin causa justificada.

Al regular (artículo 7º) la participación del asegurado en el coste de los servicios nos encontramos con la siguiente redacción, destacada en negrita:

“El importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

Las cantidades a abonar por el Asegurado son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho a modificar su importe, así como a establecer el abono de una cantidad en prestaciones que no la tenían prevista al contratar el seguro, previa comunicación al Asegurado, para los siguientes periodos de vigencia.”

Respecto de este último párrafo podemos reproducir, por su similitud, lo dicho anteriormente al analizar la actualización de precios de la cobertura bucodental. Pero respecto al anterior párrafo, donde nos encontramos con una auténtica modificación unilateral de los precios de participación del Asegurado en el coste de los servicios, lo que se conoce comúnmente como copagos, si bien el Tribunal Supremo y el Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea (TJUE) permiten modificar el precio, su establecimiento debe ser transparente, en el sentido de que el Asegurado debe comprender como se calcula el nuevo precio, que factores constituyen su modificación y debe poder prever razonablemente ese incremento. Y esa modificación debe realizarse con un criterio claro, verificable y no discrecional, como pudiera ser mediante la aplicación de un índice que sea público (por ejemplo el IPC sanitario o general). Pero en cualquier caso, dicha variación debe ser consecuencia de un incremento real de los costes que la prestación del servicio suponga para el Asegurador. Y sí no se tienen en cuenta esas previsiones, la cláusula supone una verdadera variación unilateral del precio, y por lo tanto, podría considerarse abusiva.

En el caso que nos ocupa, la participación del Asegurado en el coste de los servicios, se sujeta a las modificaciones de “los costes asistenciales”, pero no se define qué se entiende por costes asistenciales, algo por otra parte tan genérico, ni en el mencionado artículo ni tampoco en las definiciones que se recogen al final de las Condiciones Generales. Tampoco se determina cómo se calcula dicho coste, ni remite a un índice objetivo y verificable. Lo cual supone dejar la modificación del precio a la total discrecionalidad del asegurador, no pudiendo el Asegurado tener conocimiento cierto del coste del servicio para ejercicios futuros.

Entendemos que, desde el punto de vista del Derecho de los Consumidores, la referida cláusula no es transparente y atribuye al Asegurador unas facultades discrecionales que

alteran el equilibrio entre las partes, y por lo tanto razonablemente podría ser declarada como abusiva por ser contraria al derecho de los Consumidores.

La póliza recoge, en su artículo 10º, las asistencias y/o gastos no cubiertos, y entre ellos, encontramos la siguiente exclusión:

“4. Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en estas condiciones Generales.”

Nuestra crítica a dicha exclusión es su redacción excesivamente amplia y vaga, que impide al Asegurado conocer realmente la cobertura, o mejor dicho lo que se excluye, al no definirse criterios médicos objetivos o guías clínicas. ¿Cuándo deja de ser una técnica novedosa o de nueva implantación para convertirse en habitual?. Concreción que por ejemplo sí vemos que se trata de conseguir en otras exclusiones (12) como la de las medicinas alternativas, donde se indica “tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.”

Otra de las exclusiones que nos ha llamado la atención en nuestro análisis sobre aquellas cláusulas que pueden contradecir los derechos de los consumidores, es la recogida en el apartado 41 de los gastos no cubiertos por la póliza, y que dice:

“La utilización de cualquier aparato, dispositivo y/o fungible de uso médico y reciente aparición, para pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que, teniendo la marca CE, se utilice en especialidades médico/quirúrgicas y cuyo coste supere 1000 euros.”

Ciertamente una Aseguradora puede excluir determinadas prestaciones siempre que dicha exclusión sea clara y comprensible, y, algo esencial, que no contradiga la finalidad esencial del contrato.

Es decir, que no lo vacíe de su contenido, de lo que se espera del mismo.

La cláusula citada excluye técnicas nuevas, aunque estén aprobadas para su uso en la UE (marca CE), lo cual puede ser sorprendente para un Asegurado que contrata un seguro de salud esperando que cubra tratamientos aceptados médicamente. Se está restringiendo expectativas razonables del Asegurado al contratar dicho seguro de Salud, cuando muchas veces lo contrata precisamente para tener acceso a tecnologías médicas más modernas si le fuere preciso para proteger su salud, rebajándose sin duda la utilidad buscada al realizar la contratación del seguro de salud.

El hecho de fijar un tope de 1000 euros se nos antoja arbitrario, dado que el Consumidor/Asegurado desconoce que tratamientos superan ese coste, y que tratamientos en aplicación de ese límite van a quedar fuera de cobertura.

Nuestra conclusión al respecto de dicha cláusula es que la misma es probablemente abusiva desde esa perspectiva del derecho de los consumidores que venimos analizando.

En las normas generales para determinar el importe de las primas sucesivas nos encontramos con las siguientes cláusulas:

“La Aseguradora podrá aplicar un Sistema de Reajuste Individual de Primas en función de los gastos generales por la póliza.”

“Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas la Aseguradora en cada momento, fundadas en criterios técnicos-actuariales teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido conforme a lo previsto en estas condiciones generales, las edades de los Asegurados y el historial de siniestralidad de la póliza registrado en los periodos de seguro precedentes.”

La cláusula permite modificar la prima futura basándose en las tarifas que tenga establecidas la aseguradora en cada momento, criterios técnico-actuariales, historial de siniestralidad, edad, agravación del riesgo, siendo algunos de ellos genéricos y no cuantificables por el Asegurado. Especialmente queremos llamar la atención en el criterio de “historial de siniestralidad” que viene a suponer una penalización para el Asegurado por utilizar el seguro (y más, a quien más lo necesita), cuando el seguro está concebido precisamente para cubrir unas necesidades a cambio del pago de una prima, y conculca el principio de mutualización que está detrás de la esencia del propio seguro, donde los riesgos se distribuyen y soportan entre todos los asegurados.

Podríamos concluir que esta cláusula podría considerarse potencialmente abusiva por permitir incrementos individuales y no cuantificables en atención a la siniestralidad del Asegurado, y esos incrementos no están objetivamente definidos.

Como hemos visto a lo largo de los análisis precedentes, en los contratos de seguros de decesos y de salud pueden aparecer cláusulas que desequilibran los derechos y obligaciones de las partes, en perjuicio de una de ellas, el tomador/asegurado, en su condición de consumidor, y las mismas pueden ser declaradas abusivas. Este relator solamente expone su criterio destacando aquellas, que a su entender, sin que ello prejuzgue la calificación de las mismas lo cual es competencia exclusiva de los Tribunales, que presentan dudas sobre su transparencia o la observancia de los derechos reconocidos a los consumidores por las normas legales.

Héctor Bello.

Presidente del Colegio de Mediadores de Seguros de Lugo.
Abogado.

a.5) Sanitas

Previo.

Recogen las CCGG una “clausula preliminar”, que entendemos presente algunas anomalías.

La citada cláusula recoge:

“El presente contrato se rige, por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, por la normativa sobre distribución de seguros, y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares”.

La anomalía está en que la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, por la normativa sobre distribución de seguros, será de aplicación “a los contratos con consumidores de servicios financieros prestados, negociados y celebrados a distancia” conforme el artículo 1 de la citada Ley, y no a los contratos que no se celebren a distancia.

En cambio, no hace referencia alguna al Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

Y continua la cláusula:

“Serán de aplicación las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que están resaltadas en negrita y que sean específicamente aceptadas”.

Esta cláusula pretende dar validez a firmar esa misma y presuponer los efectos de esa firma sobre todas las limitaciones recogidas en el condicionado no cumplen el requisito del artículo 3 LCS¹²⁵, pues con tales requisitos lo que busca el legislador es “garantizar que la relación entre asegurador y asegurado se fundamente en el entendimiento mutuo y la equidad, salvaguardando así los derechos e intereses de ambas partes en el contrato de seguro”¹²⁶.

- Definiciones (si las hay)

Asegurado: *“Cada persona incluida en la póliza y especificada en las Condiciones Particulares, con derecho a recibir las prestaciones del seguro, y que puede o no coincidir con la persona del Tomador”*

Entendemos que sería interesante concretar más quien es el asegurado y quienes son las personas que tengan derecho a las prestaciones del seguro.

¹²⁵ Vgr. STS (Sala 1ª) 402/2015, de 14 de julio.

¹²⁶ **Domínguez Martínez, P.;** Las cláusulas limitativas deben ser específicamente aceptadas en las Condiciones Generales para ser oponibles al asegurado”, en *Publicaciones Jurídicas Revista CESCO*, 2024 [[Las cláusulas limitativas deben ser específicamente aceptadas en las condiciones generales para ser oponibles al asegurado](#) [Consulta 1/12/2025]

Seguidamente se recogen 3 definiciones que entendemos puedan generar confusión o, en una interpretación por parte de quién las redactó, generar un perjuicio al asegurado; y no podemos olvidar que esta práctica es, en opinión del TS, abusiva¹²⁷.

Tales definiciones son las relativas a:

Copago: *“Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, según el servicio médico requerido, recibido de los profesionales o centros que presten el mismo, y que se abonará directamente a SANITAS”.*

Franquicia: *“Cuantía de los gastos médicos y/u hospitalarios no incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, son abonados por el propio Tomador del Seguro o Asegurado al proveedor médico”.*

Participación en gastos: *“Con carácter previo al acceso a determinadas coberturas, el Asegurado deberá abonar en un único pago a SANITAS, una cuantía específica en función del grado de dificultad de las mismas”.*

Primero entendemos que en el marco de la participación en gastos, la referencia que se hace de que *“con carácter previo al acceso a determinadas coberturas”*, entendemos que sea oscura y por ello¹²⁸, abusiva de por sí, habida cuenta de que no se especifica cuales coberturas tienen copago o no, dejando a una de las partes la ejecución del contrato¹²⁹.

En cualquier caso, el consumidor, no podrá saber cuando está ante un copago, una franquicia o una participación en gastos, lo cual dejará en manos del asegurador el exigir al asegurado que abone un porcentaje de su tratamiento médico, sin saber de antemano en qué casos.

A esto hay que añadirle la posibilidad de que el asegurador nos exija una sobreprima, entendida esta como *“una prima complementaria que se establece, mediante pacto expreso reflejado en las condiciones particulares de la póliza, con el fin de asumir un riesgo adicional que no sería objeto de cobertura asegurada si no existiera dicho pacto”.*

Entendemos que es totalmente abusivo pues el asegurado se puede ver inmerso en unos desembolsos no previstos a la hora de contratar la póliza.

Y si a esto se le añade que existe un plazo de carencia y las exclusiones por preexistencia, parece que el ámbito de cobertura se restringe bastante.

Período de carencia que además, como ya se ha apuntado más arriba la doctrina ha subrayado que el período de carencia constituye, en realidad, una cláusula limitativa

¹²⁷ Vgr. STS (Sala 1.ª) 401/2010, de 1 de julio, dictada en una acción de cesación promovida por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), que declara la nulidad de varias cláusulas en pólizas de defensa jurídica (entre ellas, las que supeditan la cobertura a la valoración del éxito del litigio por la aseguradora o las que le permiten negarse a pagar los gastos cuando hay condena en costas) y ordena su retirada del mercado por considerarlas abusivas.

¹²⁸ Art. 1288 CC

¹²⁹ Art. 85.3 Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias

de derechos que, precisamente por restringir temporalmente el acceso a prestaciones esenciales¹³⁰, debe cumplir estrictamente las exigencias del artículo 3 LCS (aceptación expresa, claridad y destacado especial), so pena de no poder ser opuesta al asegurado¹³¹.

Cláusula I: Objeto del seguro

Se recoge en la póliza:

*“Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda y una vez firmada la póliza por el Tomador, SANITAS pone a disposición de sus asegurados un amplio cuadro concertado de profesionales, clínicas y hospitales para su asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, según la práctica médica habitual, en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, asumiendo su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación asegurada, así como el pago al cliente en el caso de hacer uso de la modalidad de reembolso siempre que sea objeto de la presente póliza dicha modalidad de aseguramiento. **En todo caso, dichas prestaciones deberán ser realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplan con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el territorio nacional y dentro de su respectiva especialidad definido según el plan de formación aceptado según el organismo competente en la actividad correspondiente**”.*

Empezando por el principio, vemos que recoge la redacción:

“Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda”

Aquí no se hace referencia a la participación en gastos que sí se recoge en las definiciones como una posibilidad.

Así pues, vemos que la póliza, no es sino compleja e indeterminada, por lo que estaríamos ante una redacción claramente abusiva.

En la Cláusula II: Coberturas destaca en negrita la obligatoriedad de cumplir períodos de carencia así como la no cobertura de patologías previas a la contratación.

Es correcto afirmar que, el someternos a un cuestionario previo de salud es voluntario para el asegurado, por lo que si no nos sometieron, dudamos de la virtual aplicabilidad de esa

¹³⁰ Aunque alguna jurisprudencia pueda ser delimitadora del riesgo. Vgr. STAP Albacete (Sección 1.ª) en sentencia 23/2025, de 22 de enero; STAP Barcelona (Sección 16.ª), en sentencia 391/2023, de 20 de septiembre.

¹³¹ **LÓPEZ VALVERDE, M.**, “El período de carencia en los seguros de salud”, Opinión, diciembre 2014, *Sep/In Responsabilidad Civil y Seguro*, ref. SP/DOCT/18753, donde se analizan, entre otras, las SAP A Coruña, 10 de junio de 2008; SAP Murcia, 30 de septiembre de 2009; SAP León, 2 de abril de 2009, y SAP Valencia, 31 de marzo de 2009, que califican el período de carencia como cláusula limitativa sometida al art. 3 LCS.

redacción, cuando no aceptada expresamente, máxime estando en negrita, habida cuenta de que el asegurador sabe que es una cláusula limitativa¹³².

Sobre las exclusiones genéricas, entendemos que hay algunas que vulneran¹³³, no ya solo la expectativa razonable del asegurado, sino cuestiones del libre desarrollo de la personalidad.

Así pues se excluyen los accidentes que produzcan lesiones “*practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, esquí fuera de pista o con saltos de trampolín, el bobsleigh, escalada, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, torero y encierro de reses bravas, artes marciales, rugby, quad, espeleología, actividades de navegación o en aguas bravas, rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo, paracaidismo, parapente, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, caza, hípica, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas, incluidos los entrenamientos*”

Resaltar que se excluyen cuando el asegurado lo hace como aficionado, no si está inscrito en alguna federación, lo practique como profesional o amateur.

Podemos ver que la exclusión por la realización de estos deportes puede vulnerar el principio del libre desarrollo de la personalidad, y el fomento de una vida sana, lo cual, en un seguro de salud, parece tautológico.

Igualmente resulta paradójico que se excluya la asistencia sanitaria en caso de un accidente de tráfico, cuando recoge:

“Queda excluido de cobertura asegurada cualquier prestación que guarde relación con accidentes de tráfico, hayan ocurrido en España o en el Extranjero”.

Sin resaltar la necesidad de que, en el marco de la UE, hubiere que matizar el concepto “en el extranjero”¹³⁴, esta exclusión puede resultar contrario a la expectativa razonable del asegurado, que, a priori, en un seguro de salud, no esperará nunca que si enferma por un accidente de circulación, no tenga cobertura¹³⁵.

Además, el concepto de “accidentes de tráfico”, ¿incluye cuando el asegurado sea víctima de un vehículo personal ligero, los cuales, no tienen consideración específica de vehículo a motor?¹³⁶

¹³² Igual referencia se hace en la Cláusula VI: otros aspectos del seguro.

¹³³ No analizaremos todas, sino nos centraremos en las más relevantes o *peculiares*.

¹³⁴ Se puede referir a fuera de España, pero en el marco de la UE, esta delimitación territorial, podría ser colusoria frente a las normas de la UE.

¹³⁵ La STS 732/2017, de 2 de marzo que aborda cómo las cláusulas sorpresivas pueden ser consideradas limitativas de derechos si resultan inesperadas para el asegurado. Vid. **ORTIZ FERNÁNDEZ, M.**: “Las cláusulas sorpresivas en los contratos de seguro: ¿Delimitación o limitación? A propósito de la STS 732/2017, de 2 de marzo”, Revista Lex Mercatoria, 7, 2017, pp. 101-118.

¹³⁶ Art. 2 RD Ley 8/2004.

Entendemos que sea una cláusula oscura, por lo cual, inaplicable para este supuesto; y para el caso de vehículos a motor, deberá estar aceptada expresamente para ser oponible.

En el marco de cuáles son las prestaciones médicas, solo garantiza la realización de medicina convencional realizada por profesionales al amparo de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, así como quedan fuera los tratamientos y terapias no recogidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Entendemos que estas exclusiones sean más que una abusividad del asegurador, pues quizá se pueda estar conculcando derechos fundamentales, como son la libertad religiosa y el libre desarrollo de la personalidad.

En el ámbito de la libertad religiosa, es abundantísima la Jurisprudencia donde se obliga, principalmente, a la sanidad pública ha realizar tratamientos y cirugías sin sangre, y en el caso de que se deniegue ese derecho al paciente, se condena a la administración a indemnizar al mismo¹³⁷.

En opinión del TC *“una asistencia médica coactiva constituiría una limitación vulneradora del derecho fundamental”* a la libertad religiosa¹³⁸.

Incluso en el ámbito de la Unión Europea, *“cuando el Estado miembro de afiliación se niega a conceder la autorización previa prevista (...) debido a que no se cumplen los requisitos, ese Estado miembro aplica el Derecho de la Unión (...) de modo que está obligado a respetar los derechos fundamentales garantizados por esta, entre ellos los consagrados en su artículo 21. (...) tal denegación introduce una diferencia de trato indirectamente basada en la religión. (...) Esta diferencia de trato persigue un objetivo legítimo relativo al mantenimiento de una capacidad de asistencia sanitaria o de una competencia médica, corresponde al órgano jurisdiccional remitente apreciar si dicha diferencia es proporcionada. (...) debe examinar si la toma en consideración de las creencias religiosas de los pacientes, al aplicar (...) la Directiva 2011/24 entraña un riesgo para la planificación de tratamientos hospitalarios en el Estado miembro de afiliación”*¹³⁹.

Y para el caso del libre desarrollo de la personalidad y dignidad humana¹⁴⁰, nos encontramos con que muchos ciudadanos no admiten determinados tratamientos, no basados en creencia religiosa alguna, sino simplemente en convicciones de desarrollo vital.

Así pues hay personas consumidoras que solo admiten tratamientos médicos alternativos como el Reiki o que no admiten tratamientos como la quimioterapia.

¹³⁷ STSJ Cataluña de 5-7-2017 (núm. rec. 365/2016)

¹³⁸ SSTC120/1990; 166/1996.

¹³⁹ STJUE (2ª) de 29-10-2020; asunto C-243-2019. También vide Palacio, V.; María Arántzazu, Mª, Asistencia sanitaria y convicciones religiosas en la normativa comunitaria. Un nuevo ejemplo de las semejanzas y diferencias de las normas de coordinación y de las normas de armonización en materia de asistencia sanitaria, en *Revista de Jurisprudencia Laboral* nº 10/2020

¹⁴⁰ Presno Linera, M.A.; Dignidad humana; libre desarrollo de la personalidad y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, *Actos Constitucionales*, Julio- Septiembre 2021, nº1.

Y como decimos, estamos ante derechos fundamentales que, un asegurador, difícilmente pueda limitar.

Otra cosa es que acepte como asegurados personas con estos perfiles¹⁴¹, cuestión que deberá prever en el cuestionario de salud previo a la contratación, pero, una vez contratada la póliza, no podrá excluir uno u otro tratamiento, o imponer determinadas terapias, por lo ya alegado.

Hay otra exclusión que entendemos sea abusiva, como es la:

“D. La hospitalización por problemas de tipo social.”

¿Cuáles son los “problemas de tipo social”? ¿relaciones de trabajo? ¿huelgas? ¿inadaptación?

Es un concepto totalmente abierto, nada concreto y sujeto a la voluntad del empresario¹⁴², siendo por lo tanto, abusiva la cláusula.

Igualmente la exclusión de *“la asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por un facultativo o por un miembro de su equipo profesional que sea o haya sido cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad (dentro del 4º grado) del Tomador del Seguro o del Asegurado” o la prestada “al Asegurado por un facultativo que mantiene una relación de dependencia con el Asegurado entendemos que no tenga sentido como tal”.*

Creemos que sería más una cuestión de suscripción, donde no se asegure a médicos, más que una exclusión como tal.

César García

Abogado. Doctor en Derecho de Seguros.

Profesor Asociado Dº Mercantil Facultad de CC Jurídico Sociales de Toledo (UCLM)

b) Decesos.

Los seguros de decesos vienen regulados en los artículos 106 bis y 106 quáter de la LCS, el 96 LOSSEAR, los 58, 76, 120 y 125 ROSSEAR, de especial relevancia este último en la protección a las personas consumidoras.

Hemos de decir que la normativa obliga a dar información concreta y específica en la contratación de estos seguros, de forma previa, distinta a la de los seguros contra daños.

Es decir, no es de aplicación el documento de información previa del Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469¹⁴³, sino el tenor de los artículos 96LOSSEAR y el 125 ROSSEAR.

¹⁴¹ Vide Criterios sobre seguros de la DGSyFP SOD1 [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/SOD1.pdf [Consulta 9/1/2026]

¹⁴² Art. 82.4a) RDLegislativo 1/2007.

¹⁴³ Vide García, C.; “Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 y sus implicaciones jurídicas”, *Revista Española de Seguros* Nº 179 Julio-Septiembre 2019. Pp 279-316.

Ese tenor obliga a informar previamente, entre otras cuestiones de si se contrata en modalidad de prima nivelada, natural, seminatural, mixta por combinación de las anteriores, o a prima única¹⁴⁴.

Igualmente se debe aportar un cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta que el asegurado alcance la edad de noventa años, elaborado conforme a las siguientes especificaciones:

- 1.º Detalle de la evolución previsible de las primas comerciales anuales a partir de la edad del asegurado en el momento de la contratación de la póliza, expresadas en tasas sobre mil euros de capital asegurado inicial.
- 2.º Detalle de la evolución de los capitales asegurados.

Así como garantías accesorias opcionales a la cobertura de decesos que se ofrecen en la misma póliza, con indicación del importe de la prima correspondiente a cada una de ellas cuando correspondan a otro ramo de seguro.

Hemos de poner de relieve que en la práctica forense, no es así. Es decir, no se entrega al futuro cliente la totalidad de las informaciones que la norma exige.

Continuando con el análisis propuesto, ahora abordamos los seguros de decesos, también en orden alfabético.

b.1) Almudena Seguros

Mediante este seguro, la compañía, conforme cláusula 9.1 definida como “prestación del servicio de decesos”, *“se obliga, dentro de los límites establecidos en la póliza, a prestar los servicios funerarios pactados para el caso en que se produzca el fallecimiento del asegurado”*.

¿Qué se entiende por asegurado? En las definiciones nos indican que es la *“persona física titular del interés objeto del seguro. En este producto, el asegurado deberá tener residencia habitual en España y una edad mínima de sesenta y cinco (65) años a 31 de diciembre del año de contratación de la póliza”*.

Entendemos que la delimitación del concepto de asegurado no debería ser tal, sino que se debería contemplar en la nota técnica del producto e implementarla en las reglas de suscripción.

¹⁴⁴ La prima natural o Variable: El importe es más bajo al principio y aumenta progresivamente con la edad, ya que se ajusta al mayor riesgo de fallecimiento, siendo ideal si se contrata joven; la prima Nivelada o Constante: La prima se mantiene fija a lo largo del tiempo, sin incrementos anuales por edad, aunque puede ser más cara al inicio; Prima Mixta: Combina elementos de la natural y la nivelada, con subidas de precio más moderadas que la natural, pero no tan constantes como la nivelada; Prima Seminatural: El precio aumenta de forma más pronunciada en los primeros años y luego se estabiliza, con un incremento menor en la madurez. Prima Única: Se paga una sola vez al contratar la póliza.

Lo cual también es predicable de lo recogido en la cláusula 9.2 “extensión del seguro” que recoge:

“No son asegurables las personas que a 31 de diciembre del año de contratación del seguro tengan una edad inferior a sesenta y cinco (65) años”.

En la póliza analizada, que es a prima única, se establecen “límites al incremento del coste del servicio” y un “exceso sobre los límites al incremento del coste del servicio”, que en realidad, encubren que estamos ante una prima natural y no única, por lo que entendemos que al generar confusión al consumidor, esta cláusula sea nula por abusiva¹⁴⁵.

En el ámbito territorial de esta póliza, aun siendo contratada únicamente en España, no entendemos que *“Almudena no de cobertura, no asumirá ningún siniestro, ni tampoco proporcionará prestación o servicio alguno descrito en la póliza que le pueda exponer a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones emitidas por las Naciones Unidas o de sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América”.*

¿En base a qué no se da cobertura a un asegurado en un país sancionado por Estados Unidos, si no lo está por España o por la UE?

Entendemos que sea una cláusula abusiva pues no presenta un justo equilibrio entre las obligaciones y derechos de las partes¹⁴⁶.

En el ámbito de la cobertura de traslado en ambulancia, ***“solamente surtirá efecto cuando el accidente o grave enfermedad se hayan producido a más de 25 Km. de la residencia habitual del Asegurado”***

Queremos destacar que aparece en negrita, por lo que estamos ante una cláusula limitativa de derechos, que requerirá aceptación expresa de asegurado¹⁴⁷, máxime cuando además, nos podemos encontrar con una exclusión que en realidad conlleva un vaciado de cobertura¹⁴⁸.

Continuando con las exclusiones, su regulación es confusa. Y ello por que aparece en la cláusula 8ª de “Exclusiones generales” las siguientes: ***“Todos los riesgos de guerra, revolución, motines y los declarados por el gobierno de carácter catastrófico”***, pero, amén de que como ya hemos indicado, hay otras exclusiones disfrazadas, en las coberturas por fallecimiento se establece la premisa de que ***“Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a Almudena y que no hayan sido efectuadas con su autorización salvo en los casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas”***

¹⁴⁵ Art. 80.1a RDLegislativo 1/2007.

¹⁴⁶ Art. 80.1c RDLegislativo 1/2007. También art. 82 especialmente el punto 4.f) de la misma norma.

¹⁴⁷ Art. 3 LCS

¹⁴⁸ Sobre este concepto y su tratamiento jurisprudencial y doctrinal, vide García, C. “Del vaciado fáctico de cobertura en las pólizas de Seguro de Protección Jurídica”, *Revista Asociación Española de Abogados Especializados Responsabilidad Civil y Seguro* nº 58, Segundo trimestre, año 2016. Pp. 39-60.

Obvia esta cláusula el imperativo legal de que “las entidades aseguradoras garantizarán a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio”¹⁴⁹, por lo que tal exclusión genérica, es nula por abusiva.

César García

Abogado. Doctor en Derecho de Seguros.

Profesor Asociado Dº Mercantil Facultad de CC Jurídico Sociales de Toledo (UCLM)

b.2) Modalidad GSI Tarifa Mixta. Aseguradora FIATC.

El análisis que haremos de las cláusulas recogidas en el contrato de seguro de decesos de la entidad aseguradora FIATC, al igual que de todos los demás, se centrará no sólo en aquellas cláusulas que a priori suelen ser fuente de discusión en torno al equilibrio de los derechos de las partes contratantes, sino, sobre todo en aquellas que después de su lectura puedan presentar dudas sobre el respecto de los derechos de los consumidores.

La observancia de los principios jurídicos de buena fe, transparencia y equilibrio contractual aseguran que las cláusulas contractuales sean claras, comprensibles y no impongan obligaciones desproporcionadas al asegurado. Y bajo esos principios iniciamos el análisis de los condicionados.

En la nota informativa previa a la contratación del seguro de decesos, la entidad FIATC presenta al futuro asegurado no sólo un cuadro evolutivo estimado de la prima y capitales de la garantía del servicio de sepelio, sino también información describiendo algunas de las características que definen el contrato. Entre esa información nos encontramos el epígrafe titulado “Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador”, en la que se viene a describir, a priori, la prestación del servicio funerario como una prestación de servicios (similar a las previstas en las demás pólizas de decesos analizadas):

“En caso de fallecimiento del Asegurado, el prestador de los Servicios funerarios garantizados será el propio Asegurador ya sea a través de medios propios, o a través de empresas u otros profesionales contratados al efecto.”

Redacción que luego se repite en las Condiciones Generales (cláusula 4.3) al describir el siniestro en la garantía del servicio de sepelio.

Pero tal cláusula hay que conjugarla, como no puede ser de otro modo al ser las disposiciones de la Ley de Contrato de Seguro de carácter imperativo, con lo dispuesto en el artículo 106 quáter de la Ley 50/1980, en su redacción vigente a partir del uno de enero de dos mil dieciséis, que garantiza la libertad de elección por parte del asegurado:

“En los seguros de asistencia sanitaria, dependencia y de decesos, las entidades aseguradoras garantizarán a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato. En estos casos la entidad aseguradora deberá poner a disposición del asegurado, de forma

¹⁴⁹ Art. 106 quáter LCS

fácilmente accesible, una relación de prestadores de servicios que garantice una efectiva libertad de elección, salvo en aquellos contratos en los que expresamente se prevea un único prestador.

En los seguros de decesos será de aplicación lo dispuesto en el artículo 106 bis.2 cuando los herederos contratasen los servicios por medios distintos a los ofrecidos por la aseguradora conforme al párrafo anterior.”

Y en ese artículo 106 bis.2 se dispone:

“En el supuesto de que el asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por la aseguradora, el asegurador quedará obligado a satisfacer la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.”

La Ley 50/1980, de Contrato de Seguro establece claramente este derecho para los seguros de decesos. El asegurado, o en su caso los herederos del asegurado, pueden escoger libremente qué funeraria desea que se encargue del servicio (salvo que la póliza expresamente prevea un único prestador, algo muy poco común). De hecho, la mayoría de pólizas no indican una funeraria concreta, así que la familia puede elegir libremente a qué empresa de servicios funerarios acudir. La aseguradora, por su parte, debe facilitar una lista de funerarias o tanatorios disponibles que garanticen una libertad de elección efectiva.

La restricción de ese derecho de elección podría ser una conducta no solo contraria a lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro, cuyas disposiciones son imperativas, sino que podría considerarse una práctica desleal según lo dispuesto en la Ley 3/1991, de Competencia Desleal, que ampara la libertad de elección del consumidor.

El propio artículo 106 bis de la Ley de Contrato de Seguro ya prevé que si el Asegurador no ha podido proporcionar los servicios funerarios (porque los herederos contrataron el servicio directamente, por ejemplo), *“el asegurador quedará obligado a satisfacer la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido”*. Por lo tanto, si la familia contrata una funeraria distinta a la ofrecida por el Asegurador, ésta vendrá obligada a abonar el importe asegurado (dentro de los límites pactados), en lugar de prestar el servicio directamente.

Y en sometimiento a lo dispuesto en los artículos citados, el Asegurador, al describir la garantía del servicio de sepelio en las condiciones generales de la póliza (cláusula 4.1), ya se acomoda y reconoce la plena libertad de elección de los herederos en la prestación del servicio:

“Serán los herederos legales quienes, siguiendo la voluntad del Asegurado, si éste la hubiera expresado, podrán elegir los distintos componentes del servicio, con cargo y con el límite máximo del Capital Asegurado, de acuerdo con los que resulten procedentes en la población del Domicilio de Residencia de los Asegurados.

[...]

Los herederos, no obstante, podrán optar por percibir el importe íntegro del Capital Asegurado si se hacen cargo de la contratación y pago directo del Servicio,...”

Y dicha libertad de elección se reconoce también en la Cláusula 4.3 b) de Condiciones Generales:

“b) Si por causas de fuerza mayor, circunstancias imprevisibles o por voluntad de los herederos legales del fallecido, el Asegurador no hubiera gestionado la prestación del Servicio Fúnebre, éste se obliga, si procede, a reembolsar el Capital Asegurado establecido en las Condiciones Particulares, a los herederos legales del fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.”

Otra de las cláusulas a tener en cuenta al analizar las posibles cláusulas abusivas de una póliza de decesos, es la cláusula de actualización del capital asegurado. En la referida póliza la misma se encuentra recogida en las Condiciones Generales (cláusula 4.2) siendo la siguiente:

“Si a lo largo de la duración de la Póliza el Asegurador observase que existe una desviación entre los Capitales Asegurados y el coste de los servicios fúnebres, lo pondrá en conocimiento del Tomador del Seguro proponiéndole una actualización de los Capitales Asegurados y comunicándole las nuevas primas a satisfacer.

Salvo renuncia de forma expresa por parte del Tomador a la actualización propuesta por el Asegurador, éste procederá a emitir el correspondiente suplemento de Póliza en que constarán los nuevos Capitales Asegurados y las primas iniciales relativas a los mismos.

Si el Tomador rechazase la modificación propuesta, el Asegurador mantendrá la Póliza en la misma situación, en cuyo caso al ocurrir el siniestro, el límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador será el Capital Asegurado que figure en las Condiciones Particulares, o en el último recibo de prima.”

La actualización del valor del servicio y de la prima, es una práctica que de forma habitual encontramos en todos los condicionados de esta modalidad de seguros consultados. Y la misma debe ser informada adecuadamente para no incurrir en vicio de nulidad.

Sin embargo, la parte de la cláusula que se refiere a las consecuencias derivadas de la actualización del valor y de la prima, sí podría generar un desequilibrio entre las posiciones de las partes contratantes. Según la referida cláusula, si el tomador no acepta la actualización del valor y de la prima, la aseguradora mantiene el contrato sin variación, pero el asegurado (o sus herederos) deberá asumir el exceso del coste del servicio. El desequilibrio al que nos referimos, derivada de su posible falta de transparencia, es que el consumidor cree, al contratar, tener un servicio funerario completo, pero puede suceder que al momento de suceder el fallecimiento del asegurado, o asegurados, sus herederos deban hacer frente a parte de los servicios funerarios de forma complementaria, cuando en el convencimiento popular se considera que tener un seguro de decesos contratado libera a los herederos de asumir gastos por tal evento. Estos sorpresivos e imprevistos gastos son incompatibles con la visión pública que se percibe al tener contratado un seguro de decesos, que no es otro que liberar a la familia de cargas económicas, pervirtiendo así la causa típica del seguro de decesos.

Héctor Bello.

Presidente del Colegio de Mediadores de Seguros de Lugo.
Abogado.

b.3) Plan Asistencia Familiar. Helvetia.

Es necesario destacar y comentar del condicionado general de la póliza de decesos, modalidad denominada “Plan Asistencia Familiar” de la aseguradora Helvetia, que es un condicionado que trata de conseguir una simplicidad en la descripción de las coberturas a base de preguntas y respuestas, y que antes de entrar a la descripción de las garantías básicas (pág. 19) nos informa que hacer en caso de siniestro, que documentación es necesaria disponer en caso de fallecimiento y en caso de hospitalización, así como un resumen de los aspectos más destacables de la póliza. Tal es su empeño, que en la propia portada se las denominadas condiciones específicas y generales se enmarca el siguiente aviso: *“Helvetia Seguros pone este documento a su disposición porque al igual que nosotros comprendemos a nuestros clientes, deseamos que Usted comprenda nuestra póliza. Por ello, ofrecemos una información clara, útil, cómoda y fácil de entender, sin espacio para la “letra pequeña”.*

Una alusión, para desterrar esa leyenda del seguro como es el uso, o abuso, de la letra pequeña. Cuando en realidad, en seguros el uso de la letra pequeña, es decir el uso de una minúscula tipografía para ocultar en los párrafos con ella redactados cláusulas perjudiciales al asegurado, está desterrado precisamente por lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley de Seguro, ley promulgada en 1980, y vigente cuarenta y cinco años más tarde.

“Art. 3 LCS:

[...] Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito.”

Precisamente el uso de esa tipografía de letra pequeña, y no destacada, en un contrato de seguro, libraría al asegurado, con la simple invocación del aquel precepto normativo, de acatar una cláusula limitativa.

En el apartado comentado, en donde se recogen los aspectos más importantes que se deben conocer de la póliza, según criterio del asegurador, se encuentran ya referencias a la determinación de la renovación de las tarifas aplicadas. Así se señala:

“...El asegurador podrá aplicar las tarifas de primas que tenga en vigor en cada momento de acuerdo con la siniestralidad y las bases técnicas del seguro de decesos, hasta llegar a la edad de nivelación elegida por éste, momento en el cual dicha tasa permanecerá constante y con un crecimiento anual del 3% anual durante toda la vigencia de la póliza.”

Se prevé una actualización de las primas en cada renovación del 3% anual, sin que dicho porcentaje se justifique. Parece responder al incremento previsto del coste de los servicios funerarios (previsiblemente correlativo su actualización con el coste de la vida), pero sí los referidos costes son inferiores, se estaría entonces produciendo un enriquecimiento injusto por parte de la aseguradora, cuando sí prevé incrementos de prima particularmente derivados del aumento del coste del servicio.

Así también, el incremento puede producirse por la aplicación de las *“tarifas vigentes en cada momento”* de la aseguradora, las cuales son desconocidas para el asegurado y acordadas unilateralmente por el asegurador.

La cláusula faculta a la aseguradora a modificar, sin una fórmula objetiva o negociada, unilateralmente las primas, basándose en conceptos amplios como “siniestralidad” o “bases técnicas”, y sin señalar como se calculan esas bases y sin que existan límites al resultado de su aplicación. Si el asegurado no puede prever razonablemente cuánto puede incrementarse la prima a pagar, la cláusula podría estar afectada por una falta de transparencia. El precio, o prima como se le llama en seguros, es uno de los elementos fundamentales del contrato de seguros, y su determinación, no sólo no puede quedar al arbitrio de una de las partes, sino que la misma debe quedar determinada o determinable para el asegurado, para que conozca, a medio y largo plazo, el coste, y si podrá hacer frente al mismo.

A continuación del anterior párrafo analizado, se recoge en el condicionado, como complemento de aquel:

“Los aumentos de prima derivados del aumento del coste del servicio se calcularán con arreglo a la tasa de la edad del Asegurado en el momento en el que se produzca dicho aumento.”

En este párrafo se hace referencia al “coste del servicio” como referencia para el cálculo de los aumentos de prima, pero sin que en momento alguno se indique que se entiende por “coste del servicio”.

Y menos, que se entiende por “aumento del coste del servicio”.

No se da ninguna razón por la cual se puede producir ese aumento, como pudieran ser la inflación, los costes propios de la empresa o la modificación en las tarifas de proveedores. No se indica un criterio objetivo que determine ese aumento y que el mismo pueda ser verificado por el asegurado. Así tampoco se indica la periodicidad con la cual se pueden producir esos incrementos, como se calculan los mismos, si existen límites máximos, y lo que llama también poderosamente la atención, por qué la edad del asegurado también influye en el cálculo de este incremento cuando el mismo, como se dice, responde a los “costes del servicio”. Parece un totum revolutum con el único fin de justificar el incremento de primas.

A mayores debemos añadir, que la aseguradora se reserva la facultad de modificar, unilateralmente, el precio del seguro, sin control, sin fórmula predeterminada y sin justificación verificable para el asegurado, pudiendo producir un impacto económico importante y difícilmente predecible en la prima a pagar.

En cualquier caso, la inexistencia de mecanismos de cálculo, permitiendo modificar unilateralmente las primas, sin que ello sea predecible para el asegurado en cuanto al coste a medio y largo plazo del seguro contratado, cuando estos seguros tienen una vocación vitalicia, hace que dicha cláusula pudiera ser declarada nula por abusiva, por su falta de transparencia y por permitir la modificación del precio del seguro de forma unilateral por el asegurador.

Analizamos a continuación uno de los aspectos considerados importantes por la aseguradora, incluidos en las primeras páginas del condicionado general (pág. 15) con anterioridad a la descripción de las garantías básicas del contrato. Bajo el epígrafe de Indisputabilidad se recoge:

“La póliza será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa del Tomador del Seguro y/o Asegurado. El error en la declaración de edad del Asegurado no queda comprendido dentro de este apartado de indisputabilidad”.

Nos hacemos eco de esta cláusula, no tanto por si incurre en algún vicio de nulidad por abusiva contra los derechos de los consumidores, sino más bien por la legibilidad de la misma, es decir, si es comprensible para cualquier asegurado que contrate dicha póliza.

La expresión *“la póliza de seguros será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su perfección, ...”* tiene un significado técnico jurídico muy concreto en derecho de seguros. Significa que, una vez transcurrido el año, la aseguradora ya no puede impugnar, anular, resolver o rechazar una reclamación por motivos relacionados con declaraciones inexactas del tomador, salvo que exista dolo, es decir ocultación intencionada por el tomador o asegurado. La inclusión de esta cláusula, favorable al asegurado, deriva de la recogida con similar redacción, aunque sea en sede de la regulación del seguro de vida, en el artículo 89 de la Ley de Contrato de Seguro.

El concepto de indisputabilidad debiera explicarse de una forma más comprensible, al tratarse de un concepto jurídico poco intuitivo para el consumidor. Aunque efectivamente es una cláusula que otorga mayor protección al consumidor y una mayor seguridad jurídica en la consolidación del contrato, el consumidor no la percibirá como tal sino conoce sus efectos.

Como ya anticipábamos al inicio del análisis de la póliza de decesos de Mapfre, el seguro de Decesos de Helvetia también se presenta como de prestación de servicios. Al inicio de la exposición de las garantías básicas del contrato y respondiendo a la pregunta de ¿Qué se cubre? Se describe en que consiste la cobertura de servicio de sepelio:

“Por la presente Garantía, el Asegurador garantiza, como consecuencia del fallecimiento de cada uno de los Asegurados incluidos en la póliza, la prestación del Servicio de Sepelio de acuerdo a la descripción que figura en las Condiciones Particulares de la misma.

Del mismo modo, si por causa de fuerza mayor, la prestación del servicio no fuera posible o no se llevara a efecto a través del asegurador, éste se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia del mismo hasta el importe de suma asegurada a aquellas personas que acrediten haber satisfecho los gastos.”

Como vemos, una redacción similar a la de la aseguradora Mapfre al describir en que consiste la prestación básica del seguro de decesos. Por lo tanto, damos por reproducido el análisis que hemos realizado anteriormente y aplicable también a esta cláusula, así como también lo indicado sobre el derecho de elección del prestador de los servicios que tiene el asegurado (o sus herederos) conforme a lo dispuesto en el artículo 106 quáter de la Ley de Contrato de Seguro.

Héctor Bello.

Presidente del Colegio de Mediadores de Seguros de Lugo.
Abogado.

b.4) Aseguradora MAPFRE. Modalidad SIEMPRE.

Las condiciones generales del contrato de Seguro de decesos, modalidad Siempre, de la aseguradora Mapfre, se inician recogiendo los criterios que afectan a todas las coberturas recogidas en el mismo, para luego desglosar la cobertura básica de esta modalidad de contratos, los servicios funerarios, y luego como complementaria, la asistencia, dirigida, entre otras menores, al traslado del cadáver fallecido y de familiares de aquel.

En el estudio sobre las cláusulas abusivas en los seguros de decesos, y también en los de salud, existen múltiples cuestiones que como cuestionario preparatorio para su análisis debiéramos de formular, y entre esas cuestiones está ¿El asegurado recibió información clara, suficiente y comprensible sobre las condiciones generales y particulares del seguro, incluyendo exclusiones y limitaciones?

De inicio, debemos llamar la atención sobre la descripción que se formula de la principal cobertura del contrato, el servicio funerario. En la cláusula 2.1.1. bajo el epígrafe “Prestación del Servicio Funerario” se recoge la misma como

“la prestación del servicio funerario se llevará a cabo por parte de la Compañía, a través de los profesionales o Empresas por ella contratados a tal fin.”

Se trata de una prestación de servicios, y no de satisfacer una determinada cantidad, lo asumido, en primer término, por la aseguradora, siendo esa una de las posibilidades que expresamente permite el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que señala: “*El contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una 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.*” Como veremos, al analizar otros contratos, otras aseguradoras han optado por satisfacer el capital establecido y no por la prestación de los servicios. Esa imposición de proveedores o servicios por parte del asegurador, contradice lo dispuesto en la LCS al citado artículo 106 quáter, sino se garantiza la libre elección del prestador de los servicios.

Ello parece omitir en dicha prestación la opinión de los herederos o familiares en la elección de los servicios. Aunque, sin embargo, en el siguiente párrafo, como algo supletorio, se corrige, al recoger:

“Si la compañía no pudiera prestar el servicio por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por ella, quedará obligada a satisfacer la suma asegurada a los herederos del Asegurado fallecido, que deberán justificar su condición cuando así lo requiera la Compañía. En estos casos, la Aseguradora no será responsable de la calidad de los servicios prestados.”

¿Se está a prever la posibilidad de que los herederos elijan ellos la prestación de los servicios funerarios?, pues cuando ello sucediese estaríamos en el supuesto de “*Si la compañía no pudiera prestar el servicio por causas ajenas a su voluntad...*” o en el supuesto de “*...o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por ella...*”.

La redacción, a mi entender, debiera ser más clara y transparente, en el sentido de señalar que son los herederos quienes eligen los distintos componentes del servicio funerario, y a falta de ellos es la aseguradora quien dispone la prestación de los servicios, siempre dentro de las sumas aseguradas, en sometimiento a lo dispuesto en la LCS.

La actualización de la suma asegurada suele ser un punto importante de fricción con la transparencia y claridad de los contratos de seguros, y en particular de los seguros de decesos. La cláusula se recoge al punto 2.2.2 de las Condiciones Generales del Seguro de Decesos Siempre de Mapfre dice:

“La suma asegurada pactada en las condiciones generales o particulares de la póliza representa el límite máximo de la indemnización a pagar por la compañía en caso de siniestro y viene determinada por el precio de los servicios concertados con los proveedores de la Compañía en la localidad de residencia del Tomador.

En caso de variación del domicilio del Tomador, éste queda obligado a notificar tal hecho a la compañía, la cual le propondrá, si fuera procedente, la actualización de las sumas aseguradas.

Si un asegurado fallece en localidad distinta a la del domicilio consignado en las Condiciones Particulares, se efectuará un servicio de acuerdo con las modalidades y costumbres existentes en el lugar de fallecimiento y con un costo equivalente al contratado.

Establecido el valor del Servicio Fúnebre con arreglo a su coste en el momento de la contratación, con la finalidad de mantener actualizado su valor, se podrá convenir un Sistema de revalorización automática que constará en las Condiciones Particulares, comunicando la Compañía el nuevo valor y la prima correspondiente a través del recibo.

Si no se contrata dicha revalorización, o si aún contratándola, el coste del Servicio fuera superior a la suma asegurada una vez revalorizada, la Compañía pondrá en conocimiento del Tomador del Seguro y le comunicará el nuevo valor del Servicio Asegurado y el nuevo importe de la prima, por medio del Suplemento que se expida.

Si el Tomador no aceptase las condiciones propuestas por la Compañía, ésta mantendrá el contrato sin variación y aquél se hará cargo del exceso de costes que, sobre la suma asegurada, pudiera producirse al ocurrir un siniestro. Cuando el importe de los servicios prestados fuera inferior a la suma asegurada, la Compañía abonará a los beneficiarios del Asegurado fallecido la diferencia resultante. No obstante, cuando el importe de los servicios fuese superior a la suma asegurada, los herederos del fallecido podrán optar entre percibir el importe de la indemnización hasta el límite de la suma asegurada, o renunciar a la misma y permitir que la Compañía gestione el servicio hasta el límite de dicha suma, asumiendo los herederos, en este caso, el exceso en los gastos que pudiera producirse. “[La negrita es original del texto].”

En la expuesta cláusula, que viene a delimitar económicamente el riesgo, se regulan varias cuestiones, la suma asegurada como límite máximo del coste del servicio funerario,

la variación del domicilio y sus efectos sobre la suma asegurada, la revalorización del servicio y las consecuencias cuando el coste es inferior o superior a la suma asegurada.

La referida cláusula, por sí misma no es abusiva, pero contiene partes que sí podrían ser cuestionables desde la perspectiva de transparencia y equilibrio contractual exigidos por la normativa de defensa de los consumidores.

Sin duda, la determinación del límite máximo de la indemnización, es decir la suma asegurada, es algo habitual, e incluso diríamos que necesario, en todo contrato de seguros. Y el mismo no será abusivo mientras esté claramente explicado y coherente con la estructura del seguro.

La obligación en cuanto a comunicar el cambio de domicilio, es en principio procedente, porque el coste del servicio funerario depende de precios locales, pero, por otra parte no tendría sentido, si en lugar de consistir la cobertura en una prestación de servicios, lo fuera en el pago de una cantidad asegurada para la cobertura del referido servicio funerario.

Nos encontramos de nuevo con una cláusula de actualización del valor del servicio y de la prima, una práctica habitual en esta modalidad de seguros.

Y al igual que decíamos antes, la citada cláusula de actualización del valor y de la prima, sí podría generar un desequilibrio entre las posiciones de las partes contratantes, puesto que si el tomador no acepta la actualización del valor y de la prima, la aseguradora mantiene el contrato sin variación, pero el asegurado deberá asumir el exceso del coste del servicio.

En el supuesto analizado, tal eventualidad se destaca en la póliza, sin lugar a dudas a los efectos de cumplir con lo dispuesto en el artículo 3 de la LCS en cuanto a posible cláusula limitativa para que la misma sea expresamente aceptada, debiendo también ser explicada de forma detallada y comprensible para el asegurado, para evitar que dicha cláusula pudiera ser considerada como abusiva por falta de transparencia.

Y es que esas actualizaciones de valor y prima es una potestad unilateral que se arroga la propia aseguradora, a la cual el asegurado no puede sustraerse incluso en el supuesto de haber previsto en las condiciones particulares y contratado un sistema de revalorización automática “o si aún contratándola”, por lo cual el coste del seguro se vuelve incierto para el asegurado.

Llegados a este punto, debemos recordar que el artículo 85 de la TRLGDCU considera abusivas las cláusulas que permiten al empresario modificar unilateralmente el precio sin causa válida y especificada, y en la cláusula analizada pudiera incurrir en abuso, dado que no se explica cómo se calcula el nuevo valor, ni se aporta fórmula objetiva para dicha actualización.

Desde el punto de vista del Derecho de Consumo, la referida cláusula presenta algunos puntos críticos como son:

El poder unilateral de la aseguradora para actualizar las primas.

Agravación del coste del seguro si el tomador no acepta las actualizaciones.

Falta de transparencia en cómo se actualiza la suma asegurada.

Lo que conlleva a un potencial peligro de vaciar de contenido la cobertura y motivo principal del seguro, la de los servicios funerarios.

Igual atribución de modificar unilateralmente el contrato se arroga la aseguradora al regular la cobertura adicional odontológica (cláusula 4.1.1) cuando señala que:

“Las franquicias establecidas son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de poderlas modificar si así lo precisara, e incluso someter a franquicia prestaciones que antes no la tenían prevista, previa comunicación a los asegurados.”

Héctor Bello.

Presidente del Colegio de Mediadores de Seguros de Lugo.
Abogado.

IV ENCUESTA DE ILEGIBILIDAD DE LAS PÓLIZAS DE SALUD Y DECESOS EN CASTILLA-LA MANCHA

- A) Introducción metodológica
- B) Encuesta
 - B1. El estudio
- C) Trabajo de campo y conclusiones
 - C1. Trabajo de campo
 - C2. Conclusiones de la encuesta
- D) Análisis Crítico y Conclusiones de la encuesta
 - D1. Análisis Crítico
 - D2. Conclusiones de la encuesta

A) INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA

El presente estudio se basa en **encuestas realizadas a consumidores de seguros de salud y decesos en Castilla-La Mancha**, con el objetivo de analizar su nivel de información, satisfacción, experiencia de contratación y conocimientos sobre sus pólizas.

El informe recoge varios **universos de estudio diferenciados** en función de la pregunta analizada:

Tema analizado	Universo (nº encuestas)
Seguro de salud – compañías contratadas	139 encuestas El seguro de salud y decesos
Seguro de decesos – compañías contratadas	113 encuestas El seguro de salud y decesos
Procesos de decisión y conocimiento de la póliza	144 encuestas El seguro de salud y decesos
Canal de contratación de salud	32 / 54 / 16 / 35 casos por canal El seguro de salud y decesos
Canal de contratación de decesos	126 encuestas

Dado que el **número de respuestas varía en función de cada pregunta**, el análisis debe interpretarse de forma segmentada, según el tamaño muestral de cada bloque.

Cálculo del margen de error

El margen de error se ha estimado considerando:

- Nivel de confianza: **95%** (estándar en estudios sociales)
- $P = Q = 0,5$ → máxima indeterminación (caso más exigente)
- Muestreo aleatorio simple (supuesto teórico)

Aplicando estas condiciones:

Universo	Tamaño muestra Margen de error estimado
Salud – compañías (n=139)	± 8,3%
Decesos – compañías (n=113)	± 9,2%
Preguntas generales (n=144)	± 8,1%

Esto significa que **los resultados tienen un grado de orientación, pero no permiten proyecciones exactas al conjunto de Castilla-La Mancha**, sobre todo para cuestiones en las que no aparecen representadas compañías líderes del mercado como Adeslas o Santa Lucía.

Representatividad y limitaciones

Los propios datos muestran **incongruencias con el mercado real** (ej. Mapfre muy sobrerrepresentada, ausencia de Adeslas en salud)

Esto indica:

- **Muestra no aleatoria**
- Posible **sesgo de captación** hacia clientes de canales concretos
- Menor fiabilidad en la **estimación de cuotas de mercado**

Se recomienda **interpretar los resultados en clave cualitativa** (el estudio refleja percepciones del cliente, no una foto exacta del mercado).

Conclusión metodológica

Esta investigación aporta **información útil y representativa del perfil de asegurados encuestados, pero no puede considerarse estadísticamente representativa de toda la población de CLM**, debiendo prestar atención a:

- Tamaños muestrales reducidos en algunos apartados
- Márgenes de error elevados (>8%)
- Sesgo de representación de compañías y canales

Aun así, el estudio **sí permite detectar tendencias relevantes** en:

- Nivel de conocimiento
- Satisfacción
- Relación con el mediador
- Calidad del proceso informativo.

B1) El Estudio

El seguro de salud

En el siguiente cuadro hacemos una sinopsis de las principales aseguradoras de salud en España y los principales datos cuantitativos.

Puesto	Compañía	Fortaleza	Primas (en mill)	Cuota mercado
1	Adeslas	Líder del sector	2759M	30%
2	Sanitas	Amplia red médica	1504M	16,52%
3	Asisa	Alta fidelidad de clientes	1145M	12,58%
4	DKV	Calidad/precio	686M	7,53%
5	Mapfre	Amplia cobertura y espaldado del grupo	601M	6,61%
6	AXA	Opción particulares Calidad/precio	384M	4,22%
7	Asistencia Sanitaria Colegial	Presencia estable y nicho propio	172M	1,90%
8	Fiatc	Pólizas competitivas	165M	1,82%
9	Helvetia	Absorción de Caser	158M	1,74%
10	Cigna	Importante compañía de nicho	152M	1,57%

El ramo está muy concentrado. En las diez primeras compañías, tenemos el 85% del mercado. Las tres primeras ya suman el 60%.

Por tipo de mediador (Banca. Seguros)

- Segur Caixa Adeslas (Mutua Madrileña +CaixaBank). Banca seguros es líder con la mayor red de banca seguros.
- Mapfre. Acuerdos bancarios. Fuerte presencia.
- AXA crecimiento con fusiones y acuerdos
- Helvetia. Absorción de Caser. Acuerdos de banca de nicho.

Red propia de la aseguradora

- Asisa. Canal tradicional
- DKV. Red extensa de agentes
- Sanitas. Red propia importante
- Fiatc. Canal tradicional con agentes
- Asistencia Sanitaria Colegial. Localizada en Cataluña

Corredores

- DKV muy valorada por su flexibilidad
- Asisa competitiva en precios
- Sanitas. Alta demanda del cliente final
- AXA. Muy activa en este canal
- FIATC. Condiciones muy competitivas para corredores

Canal digital

- Sanitas. Lider. App y marketing fuerte
- DKV. Productos diseñados venta on line
- Adeslas. En crecimiento
- Asisa. En desarrollo
- AXA. En alza.

Tabla comparativa. Ránking por tipo de mediador.

Compañía	Banca seguros	Red propia	Corredores	Digital
Adeslas	1	3	6	3
Sanitas	5	3	3	1
Asisa	6	1	2	4
DKV	7	2	1	2
Mapfre	2	5	7	6
AXA	3	6	4	5
Fiatc	8	4	5	7
Helvetia	4	7	8	8
ASanitaria	9	5	9	9
Cigna	10	8	10	10

El seguro de salud en Castilla-La Mancha

- Solo el 18% de la población tiene contratado un seguro de salud privado
- Presencia reconocida de Asisa y Adeslas
- Tienen también relevancia Mapfre y DKV

Ránking orientativo de seguros de salud en Castilla-La Mancha

Puesto	Compañía	En Castilla-La Mancha
1	Adeslas	Líder nacional, gran músculo financiero, oficinas de CaixaBank y presencia en pueblos y ciudades medianas.
2	Asisa	Especializada en salud, fuerte expansión territorial y modelo de concertación con hospitales privados.
3	Sanitas	Muy buena reputación, digital, centros concertados en capitales de provincia.
4	DKV	Si optas por contratar con corredor
5	Mapfre	Gran presencia histórica en la región, trato cara a cara, red de oficinas propias
6	AXA	Si optas por contratar con mediador

C) TRABAJO DE CAMPO Y CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA

C1) Trabajo de campo.

La encuesta ha sido divulgada a los mediadores de seguros colegiados en CLM, así como a alumnos y profesores de la Facultad de CC Jurídico Sociales de Toledo y de la Facultad de Ciencias Sociales de Cuenca (UCML).

Compañía contratada	Número de veces	%
Otros	43	30,93
Mapfre	31	22,30
Sanitas	19	13,66
Asisa	16	11,51
AXA	13	9,35
Allianz	12	8,63
Helvetia	5	3,59

Llama la atención que “otros” sea nada más y nada menos que un tercio de las compañías contratadas cuando el sector tiene una concentración del 85%. Este dato no nos da ninguna información de valor y me atrevo a considerarla errónea o no suficientemente

bien definida. Si a esto le sumamos que no aparece Adeslas en los resultados que tiene un 30% de cuota, el dato no es creíble. Otro dato que no tiene sentido es el 22,30% de Mapfre que choca con su cuota nacional del 6%. Las tres primeras compañías del mercado son el 60% del mismo y en la muestra que estamos valorando son el 24%.

El seguro de decesos

Mismo problema que con salud. Universo 113 contactos con información.

Compañía contratada	Número de veces	%
Otros	63	55,75
Mapfre	24	21,23
Santa Lucía	13	11,50
Fiatc	10	8,84
Almudena	5	4,42
Helvetia	5	4,42

En España, 22 millones de habitantes tienen contratado un seguro de decesos. Un 45% de la población. El 65% de los sepelios en España tienen póliza privada.

Puesto	Compañía	Fortaleza
1	Santa Lucía	Líder del mercado cuota del 30%
2	Mapfre	Coberturas y primas flexibles, gran red de oficinas
3	Helvetia	Muy bien valorada Absorción de Caser
4	DKV	Calidad-precio, coberturas flexibles
5	Ocaso	Reputación histórica

Castilla-La Mancha es una de las Comunidades con mayor presencia del seguro de decesos por encima de la media nacional.

Canales de distribución:

- Agentes exclusivos. Red propia y la más importante del ramo. Santa Lucía, Ocaso, Mapfre, Helvetia. Muy fuerte en zonas rurales. Ideal para familias. Relación personal y de confianza. Altísima fidelización.
- Red de oficinas propias. Clave para Santa Lucía. Mapfre, Ocaso y Helvetia. Venta directa.
- Banca Seguros. Creciendo. Fuertes en este canal Mapfre y Helvetia
- Corredores. En auge. Compañías más activas en este canal Mapfre y Helvetia
- Canal Digital. No desarrollado.
- Venta telefónica. Utilizado por Santa Lucía. Mapfre y Ocaso.
- Empresas de servicios funerarios. Muy específico. Ciudades pequeñas y zonas rurales.

Canal	Peso	Notas
Agentes exclusivos	4 sobre 5	Principal
Oficinas propias	4 sobre 5	Dominante en grandes compañías
Corredores	3 sobre 5	Crecimiento
Banca Seguros	2 sobre 5	No dominante
Digital	1 sobre 5	Minoritario
Teléfono	2 sobre 5	Fácil contratación
Funerarias	2 sobre 5	Relevante localidad

¿Quién domina cada canal?

Agentes exclusivos	Santa Lucía-Ocaso
Oficinas propias	Santa Lucía-Mapfre
Corredores	Helvetia
Banca seguros	Mapfre-Helvetia
Digital	Mapfre-Helvetia

¿Quién decide en el proceso de compra? Universo 144

Cónyuge/pareja	20	13,88%
Padres	45	31,25%
Otros	10	6,94%
Yo	69	47,91%

No sabemos qué valor podemos darle a que la mitad de las contrataciones las hace el que va a ser el titular de la póliza. Se entiende que la decisión final la toma el tomador del seguro que es quien paga la póliza. Se puede dar una excepción cuando los padres aun influyen en la decisión como puede ser en el caso de universitarios. Son un 31%.

La póliza de salud se ha contratado en 32 ocasiones con agente, corredor o banco, 54 en oficina directa, 16 por internet. En 35 casos ha habido mediador. El universo es tan limitado que se sacan pocas conclusiones. Como decíamos a lo largo de este informe, salud es un ramo muy concentrado. El 60% del mercado esta en manos de tres compañías, Adeslas, Sanitas y Asisa.

Siguiendo con los datos de esta encuesta en decesos: Universo 126.

- Fueron contratadas con corredor o banco 23 pólizas 18,25%
- Directas en oficina de la compañía 51. 40,47%
- Por internet 14. 11,11%
- Agente red propia 38. 30,15%.

Estos datos coinciden con la concentración de mercado tanto en número de compañías como en canales:

- Compañías: Santa Lucía. Mapfre y Ocaso
- Canales: oficinas directas y red agencial propia que suman un 70%.

¿Contrató su póliza de salud antes del año 2020?

- Si, 76 contrataciones
- No, 60 casos

En los 60 casos posteriores al año 2020 le dieron documento de información previa

- No, el 57%
- Si, 43%

Este dato sería bueno confirmar por canal. Opinión propia: creo que los canales propios de profesionales del seguro estén mejor que otros como la Banca Seguros. Si bien de la encuesta no se puede sacar ninguna conclusión.

Al renovar la póliza no dieron el documento 58 casos y le dieron 54. Tampoco podemos concluir una determinada performance por canal.

¿Qué tiene en cuenta a la hora de contratar un seguro?

En cuenta a la hora de contratar	Número
Coberturas	74
Confianza en el mediador	26
Necesidades	19
Obligación del banco	3
Precio	19
Agilidad sencillez	3

Menos de 10 minutos y nada suman 36 casos, un 25%. La conclusión es bastante positiva.

¿Se entienden las cláusulas?

- Si 86 contestan que sí
- No 53 contestan que no

El 62% contesta que sí. Un dato bastante favorable. Dos de cada tres entienden las cláusulas. 87 encuestados opinan que no son claras y 55 que sí lo son.

Si no entiende a quién pregunta

- Al banco 18 casos 12,58%
- Al cuñado 8 casos 5,5%
- Al mediador 65 casos 45,45%
- Internet 32 casos 22,37%
- Otros 20 casos 13,98%

Casi la mitad confía en el profesional del seguro. Crece Internet y reduce su posición la banca.

¿Conoce las exclusiones?

- 67 no conocen las exclusiones
- 73 si conocen las exclusiones

Dato mejorable

¿Sabe qué es una franquicia?

- Si saben 106
- No lo saben 37

No es un mal resultado.

¿En el seguro de salud, tras el uso, ha subido la prima?

No subió la prima en 65 casos, si en 69. Pero este dato por si no dice nada.

¿En caso de siniestro sabe dónde reclamar?

- 41 casos NO
- 101 casos SÍ

Punto de mejora.

¿Sabe cómo reclamar?

- 54 casos NO
- 88 casos SÍ

Punto de mejora.

¿Renovará su póliza?

En 34 casos no se renovará la póliza y en 107 sí. Un buen dato que implica alto nivel de valoración del servicio del seguro de salud.

En 41 casos no se aconseja la compañía que se tiene contratada. En 101 casos si se aconseja la compañía que se tiene contratada.

Son ratios aun mejorables, pero bastante satisfactorios.

¿Volvería a confiar en su mediador?

- No en 38 casos
- Si en 89 casos

Faltan otras investigaciones que nos den valor como saber a qué mediador se cambiaría.

De 1 a 5 calificación de su compañía de salud

- | | |
|-------------------|--------------|
| • Un punto | 7 compañías |
| • Dos puntos | 14 compañías |
| • Tres puntos | 35 compañías |
| • Cuatro puntos | 56 compañías |
| • Cinco puntos | 27 compañías |
| • Notas suspensas | 21 compañías |
| • Notas aprobadas | 35 compañías |
| • Notas positivas | 83 compañías |

De 1 a 5 calificación del mediador

- Un punto 6 mediadores
- Dos puntos 10 mediadores
- Tres puntos 33 mediadores
- Cuatro puntos 33 mediadores
- Cinco puntos 45 mediadores

Un dato positivo es que el mayor número de mediadores obtiene 5 puntos.

Nivel de estudios de los encuestados

- 35 personas educación básica
- 108 personas educación superior

Como conclusión obtenemos que el nivel del conocimiento asegurador aumenta al ritmo del nivel de estudios.

C2) Conclusiones de la encuesta

El análisis del seguro de salud y de decesos muestra que ambos ramos se caracterizan por una fuerte concentración de mercado y una alta presencia de canales tradicionales de distribución. Sin embargo, los resultados de la encuesta recogida en el informe presentan inconsistencias que impiden extraer conclusiones absolutamente sólidas sobre el comportamiento real del mercado en la región estudiada. Aun así, sí se identifican tendencias relevantes en cuanto a la relación del cliente con el seguro y los mediadores.

1.1 Seguro de salud

El mercado español del seguro de salud está claramente concentrado: solo diez compañías gestionan el 85% del negocio y las tres primeras (Adeslas, Sanitas y Asisa) acumulan un 60% de cuota.

Sin embargo, en la encuesta realizada se observa una infrarrepresentación de estas líderes del sector, mientras aparecen como relevantes compañías que en España tienen un peso mucho menor, como Mapfre, Allianz o Helvetia. Esto hace que los datos directos de la muestra no resulten plenamente creíbles ni extrapolables.

En Castilla-La Mancha, la penetración del seguro de salud es solo del 18%, muy por debajo de la media nacional, destacando la presencia de Adeslas y Asisa, apoyadas en redes consolidadas y en acuerdos bancarios.

Respecto a los **canales de distribución**, el sector combina todavía modelos tradicionales con una digitalización creciente. Sanitas y DKV destacan en el canal online, mientras que Adeslas domina en banca-seguros y Asisa mantiene una fuerte red propia.

A nivel de experiencia del consumidor, los resultados muestran una valoración general bastante positiva: más del 70% declara que renovarían su póliza y más del 60% recomendaría su compañía y volvería a confiar en su mediador.

No obstante, hay áreas de mejora claras: muchos asegurados no conocen las exclusiones, tienen dudas en procesos de reclamación y consideran que la documentación no siempre es clara.

1.2 Seguro de decesos

El seguro de decesos tiene un peso aún mayor en España: lo posee el 45% de la población y está presente en el 65% de los sepelios.

En Castilla-La Mancha la penetración es superior a la media nacional, lo que refuerza el arraigo cultural de este ramo. El mercado también está muy concentrado, dominado por Santa Lucía, Mapfre y Ocaso, apoyadas en fuertes redes de oficinas y agentes exclusivos. Los canales tradicionales siguen siendo dominantes: el 70% de las ventas se generan entre oficinas y agentes propios, y la digitalización continúa siendo muy limitada. La encuesta confirma esta realidad, mostrando que la venta directa y el canal agencial son claramente los más empleados.

En cuanto al proceso de compra, los datos señalan que la mayoría de los asegurados decide por sí mismo, aunque todavía es importante la influencia familiar en la contratación, especialmente por parte de los padres.

1.3 Comportamiento y conocimientos del cliente

El estudio revela que el cliente valora sobre todo las **coberturas**, el **precio** y la **confianza en el mediador** como criterios de elección.

La satisfacción general es buena tanto con la compañía como con el mediador, predominando valoraciones de 4 y 5 puntos sobre 5.

No obstante, persisten debilidades significativas en la **comprensión de la póliza**:

- Un 38% no entiende las cláusulas.
- Casi la mitad desconoce las exclusiones.
- Alrededor de un tercio no sabe dónde ni cómo reclamar.

Estas carencias indican la necesidad de reforzar la labor consultiva del mediador y mejorar la claridad documental. Aun así, cuando el asegurado necesita ayuda, acude mayoritariamente a un profesional del sector, lo que evidencia la relevancia y buena percepción de la mediación frente a la banca y otros canales.

Además, se confirma que **el nivel de conocimiento asegurador es mayor cuando el nivel educativo es más alto**, señalando un reto para la industria en la educación del cliente

1.4 Síntesis final

En conjunto, el informe muestra que:

1. El **mercado está muy concentrado** y las grandes compañías dominan tanto salud como decesos.
2. Los **canales tradicionales** siguen siendo el motor de venta, especialmente en decesos.
3. Existe una **alta satisfacción** del cliente, que se refleja en la renovación y en la recomendación del seguro contratado.
4. Se detectan **brechas de conocimiento** que afectan a la transparencia y al uso correcto de la póliza.
5. La encuesta recogida, aunque útil para detectar percepciones, **no es estadísticamente representativa** del mercado, por las inconsistencias en los resultados.

D) ANÁLISIS CRÍTICO.

Este análisis identifica posibles **incumplimientos legales o riesgos de ilegalidad** derivados del comportamiento de los aseguradores y mediadores en CLM, conforme a los datos del estudio de campo. Estas señales están relacionadas principalmente con la **falta de información precontractual**, el **desconocimiento de exclusiones** y la **insuficiente claridad contractual** manifestada por los asegurados.

1. Principales focos de riesgos legales detectados

Riesgo 1. Falta de entrega del Documento de Información Previa (DIP)

Del universo de 60 contrataciones posteriores a 2020, **el 57% afirma no haber recibido la documentación previa obligatoria.**

Esto implica **posible incumplimiento de la Ley de Distribución de Seguros**, que exige información clara y previa antes de firmar la póliza.

Conclusión

La falta del DIP puede invalidar el consentimiento informado del tomador, lo que abre la puerta a reclamaciones.

Riesgo 2. Insuficiente claridad y comprensión de las cláusulas

Un 38% de asegurados declara **no entender las cláusulas** del seguro, y un 62% considera que **no son claras**. La ley exige que las cláusulas limitativas sean **expresas, destacadas y aceptadas por escrito**.

Conclusión

Si el consumidor no entiende los límites de cobertura, **esas cláusulas podrían ser nulas** en caso de reclamación.

Riesgo 3. Desconocimiento de exclusiones

El 48% desconoce las exclusiones de su póliza, a pesar de que el conocimiento de exclusiones es un requisito legal de transparencia.

Conclusión

Si no se ha informado de forma clara y previa, **el asegurador podría no poder oponer dichas exclusiones** en siniestros.

Riesgo 4. Falta de orientación sobre reclamaciones

Entre un **28% y un 38%** de los asegurados no sabe **dónde ni cómo reclamar** ante un siniestro.

Conclusión

La ausencia de información de vías de reclamación vulnera derechos del consumidor y puede ser sancionable por la DGSFP o Consumo.

Riesgo 5. Influencia y presión de la banca en la contratación

Un grupo relevante indica que contrató **por obligación del banco**. Sin embargo, la vinculación sin consentimiento libre es una práctica comercial prohibida.

Conclusión

Si se demuestra condicionamiento a productos bancarios, se configuraría **venta vinculada ilegal**.

2. Evaluación por canales de distribución

Canal	Evidencias encontradas	Riesgo legal potencial
Banca-seguros	Presión comercial / contratación obligada	Alto
Venta directa oficina	Falta de entrega del DIP en renovaciones	Medio-alto
Red de agentes corredores	Mejor asesoramiento → menos riesgo	Medio
Canal digital	Menor intervención humana → riesgo de falta de información	Medio-alto

El **banco** resulta ser el canal más vulnerable a incumplimientos, según las percepciones de los clientes.

3. Particularidades por ramo

Seguro de salud

- Mercado altamente concentrado → **mayor responsabilidad de los líderes.**
- Resultado de la encuesta **no refleja a esas compañías**, lo que apunta a deficiencias en la toma de datos del estudio.
- Casos frecuentes de aumento de prima tras uso → potencial conflicto si no se informa previamente.

Seguro de decesos

- Es el ramo con mayor contratación en CLM (> media nacional).
- Canales presenciales dominantes → **mayor obligación de información personalizada.**
- Elevada fidelización → riesgo de “**consentimiento por tradición**” más que por información.

4. Indicadores de vulnerabilidad del consumidor

Variable	Situación observada	Interpretación jurídica
Entiende cláusulas	62% sí / 38% no	Protección insuficiente del 38%
Conoce exclusiones	52% sí / 48% no	Alta probabilidad de conflicto
Sabe reclamar	➤ 30% no	Fallo informativo reincidente
Nivel de estudios	Mayor conocimiento cuanto mayor formación	Población vulnerable identificada

D2) Conclusiones de la encuesta. Resumen ejecutivo de la encuesta.

Este estudio debe entenderse como **una alerta preventiva**: los datos no permiten señalar responsables concretos, pero sí muestran que el modelo de venta actual en CLM **abre la puerta a situaciones legalmente cuestionables**, especialmente cuando el asegurado pertenece a colectivos más vulnerables o desconoce qué ha contratado realmente.

No se detecta, en general, una ilegalidad sistémica del sector, pero sí un patrón de riesgo que puede derivar en ilegalidad si se materializa en un siniestro o reclamación.

No se acusa a ninguna entidad concreta, ni se afirma una ilegalidad masiva sistemática; pero los datos recogidos revelan un patrón preocupante de **opacidad, información insuficiente y riesgo real de vulneración de derechos** de los asegurados en CLM.

Existe un riesgo significativo de que muchas pólizas actuales acusen defectos que podrían ser objeto de impugnación judicial o administrativa.

Los datos evidencian que una **parte significativa de los consumidores en CLM** está firmando y renovando pólizas **sin plena información ni conocimiento real de los límites de cobertura**. Esto vulnera principios legales de consentimiento informado, claridad contractual y protección del tomador del seguro.

Por tanto, **existe un riesgo jurídico elevado** de que determinadas cláusulas y exclusiones **puedan ser declaradas nulas** en conflicto, lo que supondría:

- Pérdida de eficacia de cláusulas limitativas
- Responsabilidad financiera para la aseguradora
- Sanciones regulatorias para mediadores o banca
- Incremento de litigiosidad en siniestros

Recomendaciones regulatorias y comerciales

Destinatario	Recomendación
Aseguradoras	Simplificar redacción contractual y acreditar entrega documental
Mediadores	Reforzar asesoramiento y registro de información proporcionada
Banca-seguros	Garantizar contratación libre y no vinculada
Administración regional	Campañas de educación aseguradora y control de la transparencia
Consumidores	Solicitar siempre exclusiones por escrito y conservar documentación.

A modo de resumen ejecutivo hemos pretendido evaluar si existen indicios, riesgos o vulnerabilidades normativas en la contratación y gestión de pólizas de seguro de salud y decesos en Castilla-La Mancha (CLM), basados en los datos recogidos del estudio de campo.

1. Marco normativo aplicable

- El contrato de seguro se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS) pero hemos de combinarlo con el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias y la Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha.
- Las cláusulas, condiciones generales y particulares deben redactarse “de forma clara y precisa.
- En contratos con consumidores, debe respetarse un principio de transparencia e información precontractual suficiente, con entrega de un documento informativo antes de contratar¹⁵⁰.

¹⁵⁰ [\[Obligaciones de información de las entidades distribuidoras de seguros | Consumo Responde\]](#) [Consulta 11/12/2025]

2. Problemas detectados en la práctica en CLM

- Una proporción considerable de asegurados declara no haber recibido la documentación precontractual obligatoria (DIP o equivalente).
- Un porcentaje notable — cerca del 38%— afirma no comprender las cláusulas de su póliza.
- Casi la mitad desconoce las exclusiones aplicables.
- Más de un 30% desconoce las formas o procedimientos de reclamación en caso de siniestro.
- En algunos casos, la contratación parece realizada a través de canales con influencia externa (ej. banca-seguros), lo que cuestiona la libertad real de elección del consumidor.

3. Riesgos de legalidad / nulidad / litigiosidad

- La ausencia de documentación precontractual y falta de claridad vulneran el deber de información y el principio de transparencia: podrían considerarse **vicios en el consentimiento**.
- Cláusulas limitativas u “exclusiones sorpresivas” que no hayan sido destacadas y aceptadas expresamente podrían ser declaradas **nulas o abusivas**, si se demuestra que el consumidor no fue adecuadamente informado¹⁵¹.
- En caso de siniestro, la aseguradora podría no estar en condiciones de oponer ciertas exclusiones o limitaciones, lo que abriría la puerta a reclamaciones.
- La combinación con canales de venta vinculada (banca + seguro) podría vulnerar la libertad de contratación, especialmente si existió presión o condicionalidad, con base en jurisprudencia reciente sobre ventas vinculadas de seguros.

4. Acciones

Derivado de lo anterior, proponemos varias actuaciones:

- Fortalecer controles de transparencia y de vigilancia de cumplimiento.
- Exigir siempre entrega y firma del “Documento de Información Previa”.
- Realizar campañas formativas al consumidor.
- Monitorizar las ventas especialmente en canales bancarios.

¹⁵¹ [Validez de la cláusula limitativa del contrato de seguro - KPMG Tendencias](#) [Consulta 11/12/2025]

V CONCLUSIONES: PROPUESTAS LEGE FERENDA. ACCIONES PROPUESTAS.

Del análisis realizado se desprende, en primer lugar, que el sistema normativo, tanto europeo como interno, ofrece ya un marco coherente para el control de cláusulas y prácticas abusivas en los seguros de salud y de decesos. La combinación de Directiva 93/13/CEE, normativa sectorial (IDD, IPID, POG, prácticas comerciales desleales, contratación a distancia) y, en el plano interno, LCS, LCGC, TRLGDCU y legislación de consumo, configura un estándar exigente de transparencia material, buena fe y equilibrio.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha ido alineando expresamente el artículo 3 LCS con el artículo 82 TRLGDCU, aproximando la noción de cláusula “lesiva” a la de cláusula “abusiva” y reforzando la distinción entre control de incorporación y control de contenido, la interpretación pro asegurado y una concepción funcional del deber de declaración del riesgo. Las Audiencias Provinciales, en particular las de Castilla-La Mancha, han aplicado estos criterios en casos concretos, anulando o teniendo por no incorporadas determinadas exclusiones, carencias o limitaciones territoriales y sancionando configuraciones contractuales que vacían de contenido la cobertura o frustran la finalidad típica del contrato.

Con todo, la casuística examinada revela espacios en los que la práctica dista del modelo normativo y que aconsejan algunos ajustes de lege ferenda.

En los seguros de salud, el punto débil sigue siendo el cuestionario de salud: pese a su centralidad en el artículo 10 LCS, sigue siendo frecuente el recurso a formularios genéricos, la cumplimentación por intermediarios y la ausencia de un soporte duradero accesible al tomador. Sería conveniente precisar legalmente las exigencias mínimas del cuestionario en seguros de personas y reforzar la obligación de documentarlo y entregarlo, especialmente cuando su incumplimiento se utiliza para denegar prestaciones por preexistencias. En la misma dirección, la experiencia con carencias, copagos y límites cuantitativos aconseja consolidar, incluso en sede legal, la idea de que cuando estas cláusulas afectan al acceso a prestaciones esenciales o a la economía básica del contrato deben ser tratadas como limitativas y someterse a un régimen de transparencia reforzada, con instrumentos informativos estandarizados que reduzcan la distancia entre lo que el asegurado cree haber contratado y la realidad de la cobertura. La creciente utilización de técnicas de segmentación de riesgo basadas en datos y modelos predictivos plantea, además, la necesidad de articular obligaciones específicas de información sobre los criterios esenciales de tarificación y revisión de primas, a fin de evitar ajustes opacos que resulten difícilmente conciliables con el estándar de transparencia material.

Entendemos que, en el marco del seguro de salud, deba contemplarse en futuras normas, tanto Regionales como Nacionales, que los derechos que los pacientes tienen reconocidos en la asistencia pública sean aplicables en la prestación que reciban de los seguros médicos privados, cualquiera que sea el centro de atención médica.

En los seguros de decesos, la incorporación de los artículos 106 bis y 106 quáter LCS ha supuesto un avance relevante, pero la práctica revela carencias en su efectividad real. La información precontractual debería reforzarse en todo lo relativo a la modalidad de prima y su previsible evolución, al valor estimado y alcance del servicio funerario, a la libertad

de elección de funeraria y al régimen del exceso, evitando formulaciones indeterminadas que impiden al tomador valorar la proporción entre primas pagadas y cobertura ofrecida. La integración vertical entre aseguradoras y empresas funerarias plantea un conflicto de intereses estructural que merece una atención regulatoria específica, al menos en términos de transparencia y de límites a prácticas que, de facto, constriñen las alternativas de la familia o condicionan el reconocimiento del exceso a la utilización de prestadores del grupo. La experiencia de la COVID-19 ha evidenciado, además, la conveniencia de clarificar el tratamiento de los servicios no prestados o parcialmente prestados por fuerza mayor, confirmando que la aseguradora sigue obligada a cumplir en dinero y a respetar el excedente cuando no puede cumplir en especie, y de perfilar el régimen de la duplicidad de pólizas y de las subidas de prima muy acusadas en edades avanzadas.

Finalmente, tanto en salud como en decesos, parece justificado reforzar los instrumentos de supervisión y resolución de conflictos. Las memorias del Servicio de Reclamaciones de la DGSFP y los datos de las asociaciones de consumidores muestran que buena parte de la litigiosidad deriva de déficits de información, de diseños contractuales poco transparentes y de prácticas de gestión de siniestros que desalientan el ejercicio de derechos. Una mayor difusión de criterios supervisores claros, una coordinación más intensa con las autoridades autonómicas de consumo y el impulso de mecanismos eficaces de resolución alternativa de disputas específicas para estos ramos pueden contribuir a hacer operativos los estándares de buena fe y transparencia ya existentes, evitando que determinadas cláusulas y prácticas sigan alejándose, en la realidad del mercado, del equilibrio que debería presidir la contratación de seguros de salud y de decesos.

En los momentos previos a la contratación, entendemos que sea imperioso verificar la documentación pre contractual y las informaciones previas que aun siendo preceptivas, no se entregan a las personas consumidoras, aun siendo garantías tan relevantes como las relativas a la salud.

Dado el desconocimiento de las distintas figuras de mediación, las personas consumidoras ignoran qué les puede ofrecer cada uno de estos profesionales en su beneficio. Por ello, se ha de mejorar la comunicación y divulgación de tales profesionales.

Del análisis de las encuestas se han detectado algunos problemas en la realidad de nuestra Región, a saber:

- Una proporción considerable de asegurados declara no haber recibido la documentación precontractual obligatoria (DIP o equivalente).
- Un porcentaje notable — cerca del 38%— afirma no comprender las cláusulas de su póliza.
- Casi la mitad desconoce las exclusiones aplicables.
- Más de un 30% desconoce las formas o procedimientos de reclamación en caso de siniestro.
- En algunos casos, la contratación parece realizada a través de canales con influencia externa (ej. banca-seguros), lo que cuestiona la libertad real de elección del consumidor.

Derivado de lo anterior, se proponen las siguientes acciones:

- Fortalecer controles de transparencia.
- Exigir siempre entrega y firma de los documentos de información previa y su contenido.
- Realizar campañas formativas al consumidor, con especial hincapié en divulgar las distintas figuras de mediación de seguros.
- Monitorizar las ventas esencialmente en el canal banca seguros.

VI. BIBLIOGRAFÍA

ALMARCHA JAIME, J., “El deber general de información al tomador del seguro en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (art. 96 LOSSEAR)”, *Centro de Estudios de Consumo (CESCO)*, Universidad de Castilla-La Mancha, septiembre 2015.

ASOCIACIÓN DE AFECTADOS ASEGURADORAS, “Acción colectiva por abusos por el seguro de decesos”, disponible en: <https://www.asociacionafectadosaseguradoras.es/accion-colectiva-decesos/> (consulta: 2 de diciembre de 2025).

BUSTO LAGO, J. M. / ÁLVAREZ LATA, N. / PEÑA LÓPEZ, F., *Reclamaciones de consumo: cláusulas abusivas*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2005.

CABAÑAS GARCÍA, J. C., “El control de la nulidad de las cláusulas abusivas en los contratos de seguro por los tribunales civiles”, *Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro*, núm. 9, 2005, pp. 4-26.

CALZADA CONDE, Á., “La protección del asegurado en la Ley de Contrato de Seguro”, en *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 107-151.

CARRASCO PERERA, Á. (coord.), *Derecho de consumo: materiales, fundamentos, aplicaciones*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2023.

CEBALLOS PADRÓN, S., *El seguro de asistencia sanitaria*, Trabajo Fin de Máster, Universidad de Salamanca, 2013.

COMISIÓN NACIONAL DE LA COMPETENCIA, Resolución del Consejo de 19 de julio de 2010, Expte. S/0204/09 “Seguros de decesos”, disponible en: https://www.cnmc.es/sites/default/files/34571_7.pdf (consulta: 2 de diciembre de 2025).

Criterios sobre seguros de la DGSyFP SOD1 [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/SOD1.pdf [Consulta 9/1/2026]

Domínguez Martínez, P.; “Las cláusulas limitativas deben ser específicamente aceptadas en las Condiciones Generales para ser oponibles al asegurado”, en *Publicaciones Jurídicas Revista CESCO*, 2024 [Las cláusulas limitativas deben ser específicamente aceptadas en las condiciones generales para ser oponibles al asegurado] [Consulta 1/12/2025]

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “La aptitud y relevancia de las preguntas del cuestionario de salud y la valoración del deber de declaración del riesgo en un seguro de vida e invalidez vinculado a un préstamo hipotecario. Comentario STS de 7 de febrero de 2019 (RJ 2019, 320)”, *Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil*, núm. 111, 2019, pp. 189-220.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Sentencia de 4 de diciembre de 2014. Contrato de seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario: el deber de declaración del riesgo del tomador constituye un deber de contestación o respuesta a las preguntas formuladas por el asegurador. La forma en que se rellena el cuestionario puede servir para determinar si se hicieron las preguntas”, *Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil*, núm. 99, 2015, pp. 239-266.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Seguros de vida, accidentes, vehículos, multihogar”, en CARRASCO PERERA, Á. (coord.), *Derecho de consumo: materiales, fundamentos, aplicaciones*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2023, pp. 487-509.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “La protección de los usuarios en los servicios funerarios no efectivamente prestados y en los casos de elevación del precio tras la declaración del estado de alarma motivada por el COVID-19”, *Publicaciones Jurídicas, CESCO*, Universidad de Castilla-La Mancha, 30 de abril de 2020.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Consecuencias de la duplicidad en los seguros de decesos”, *Publicaciones Jurídicas, CESCO*, Universidad de Castilla-La Mancha, 26 de febrero de 2019.

Domínguez Martínez, José M^a; La cultura financiera en la sociedad española: conocimientos, competencias y hábitos financieros, *Panorama Social nº35 FUNCAS*, Primer Semestre 2022

ELGUERO MERINO, J. M., “Seguros de decesos y dependencia”, en *Ley de Contrato de Seguro*, BADILLO ARIAS, J. A. (coord.), 3.^a ed., Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2017, pp. 1685-1698.

Estudio del Grado de Conocimiento de las Distintas Figuras de Distribución de Seguros e Ilegalidad de las Pólizas de Automóviles y Hogar en CLM. [<https://consejoregionalclmmediadoresdeseguros.org/estudio-del-grado-de-conocimiento-de-las-distintas-figuras-de-distribucion-de-seguros-e-ilegalidad-de-las-polizas-de-automovil-y-hogar-en-clm/>] [Consulta 1/12/2025]

García, C.; “Cuestiones Prácticas del Análisis Objetivo”, *Revista Pymeseguros*, Nº 10, 2011.

García C.; “El asesoramiento objetivo del corredor de seguros al tomador de la póliza en caso de siniestro” *Revista Legal del Centro de Estudios Financieros, CEF LEGAL* nº 137, Junio 2012. Pp. 41-56. ISSN 1699-129X.

García, C.: “Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 y sus implicaciones jurídicas”, *Revista Española de Seguros* Nº 179 Julio-Septiembre 2019. Pp 279-316. ISSN 0034-9488

García, C.; “El valor añadido del mediador en los riesgos extraordinarios”, *Revista Aseguradores del Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros*, nº500, Año 2021, página 50.

García, C. “Del vaciado fáctico de cobertura en las pólizas de Seguro de Protección Jurídica”, *Revista Asociación Española de Abogados Especializados Responsabilidad Civil y Seguro* nº 58, Segundo trimestre, año 2016. Pp. 39-60

GONZÁLEZ CARRASCO, M. C., “Algunas cuestiones acerca de los seguros privados de salud en España”, *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 3, 2007, pp. 2691-2709.

GONZÁLEZ CARRASCO, M. C., “¿Cuándo es la aseguradora un ‘tercero obligado al pago’ de la asistencia sanitaria pública recibida por su asegurado? Comentario a la STS de 22 de enero de 2020”, *Publicaciones Jurídicas, Centro de Estudios de Consumo (CESCO)*, Universidad de Castilla-La Mancha, 28 de febrero de 2020.

GRAU, X., “El manual de las ‘malas prácticas’ de las aseguradoras en España”, *La Vanguardia*, 29 de julio de 2020, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/seguros/hogar/20200729/482575101334/malas-practicas-reclamaciones-quejas-seguros-ocu.html> (consulta: 2 de diciembre de 2025).

Informe Estamos Seguros 2020, Unespa. 2021 [[IES2020_-_paginas-individuales.pdf](#) (unespa.es)]

LÓPEZ VALVERDE, M., “El período de carencia en los seguros de salud”, *Opinión*, diciembre 2014, *Sepin Responsabilidad Civil y Seguro*, ref. SP/DOCT/18753.

LÓPEZ VALVERDE, M., “125 casos ganados por cláusulas oponibles de los seguros: en los seguros de personas”, *Casos Ganados*, septiembre 2025, *Sepin Responsabilidad Civil y Seguro*, ref. SP/DOCT/129058.

MAESTRO MARTÍNEZ, J. L., *El seguro de decesos en la normativa aseguradora. Su encaje en Solvencia II*, Fundación MAPFRE, Madrid, 2014.

MARCOS FERNÁNDEZ, F. / SÁNCHEZ GRAELLS, A., “Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos”, *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 263, 2007, pp. 207-230.

MARTÍNEZ-GIJÓN MACHUCA, P., “La protección del asegurado en el seguro de asistencia sanitaria”, en *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 1419-1459.

MARTORELL ZULUETA, P., “La protección del asegurado desde la perspectiva jurisprudencial”, en *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 235-268.

MEMORIA del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (varios años, especialmente 2007–2009, 2020 y 2022), disponible en la web de la DGSFP.

MORILLAS JARILLO, M. J., *La información previa en la contratación de los seguros de personas: transparencia, cuestionarios y modelos predictivos*, Marcial Pons, Madrid, 2016.

ORTIZ FERNÁNDEZ, M.: “Las cláusulas sorpresivas en los contratos de seguro: ¿Delimitación o limitación? A propósito de la STS 732/2017, de 2 de marzo”, *Revista Lex Mercatoria*, 7, 2017, pp. 101-118

ORTIZ DEL VALLE, M.^a C., “Estudio crítico del seguro de decesos: vigencia práctica y elementos configuradores a propósito de su regulación legal”, *Revista de Derecho Patrimonial*, núm. 44, 2017, pp. 129-168.

PACHECO JIMÉNEZ, M.^a N., “Las cláusulas lesivas del artículo 3 LCS”, *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 1, 2009, pp. 2227-2234.

Palacio, V.; María Arántzazu, M.^a, Asistencia sanitaria y convicciones religiosas en la normativa comunitaria. Un nuevo ejemplo de las semejanzas y diferencias de las normas de coordinación y de las normas de armonización en materia de asistencia sanitaria, en *Revista de Jurisprudencia Laboral* nº 10/2020

PERTÍÑEZ VILCHEZ, F.: “Tutela de los consumidores y cláusulas abusivas en el contrato de seguro”, *Retos y desafíos del contrato de seguro: del necesario aggiornamiento a la metamorfosis del contrato*, (coord.) MARTÍNEZ MUÑOZ, M., (Dir.) VEIGA COPO, A., Aranzadi, Pamplona, 2020, pp. 589-612.

Presno Linera, M.A.; Dignidad humana; libre desarrollo de la personalidad y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, *Actos Constitucionales*, Julio- Septiembre 2021, nº1.

QUINTÁNS EIRAS, M. R., “Nuevas fronteras de la contratación de seguros: impacto de la IA en la suscripción del contrato”, *Revista Española de Seguros*, núm. 200, 2024/4, pp. 723-769.

REAL CAMPOS, S., Modelo de proyección de carteras de seguros para el ramo de decesos, Fundación MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro, Madrid, 2010.

REGLERO CAMPOS, L. F., “Régimen de ineficacia de las condiciones generales de la contratación. Cláusulas no incorporadas y cláusulas abusivas: concepto y tipología”, *Aranzadi civil: revista quincenal*, núm. 1, 1999, pp. 1637-1668.

SÁNCHEZ CALERO, F., “Condiciones generales”, en *Ley de contrato de seguro: comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, 4.ª ed., Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2010.

TIRADO SUÁREZ, F. J., “La aplicación de la Ley General de protección de consumidores y usuarios al contrato de seguro”, en *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014.

VEIGA COPO, A. B., “El condicionado en el contrato de seguro”, en *La protección del cliente en el mercado asegurador*, BATALLER GRAU, J. y VEIGA COPO, A. B. (dirs.), Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor, 2014, pp. 421-512.

VEIGA COPO, A. B., “Seguro de asistencia sanitaria”, en *Tratado del contrato de seguro*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2014.

ANEXO LEGISLATIVO

Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2012/C 326/02), DOUE C 326, 26 de octubre de 2012.

Directiva 93/13/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores, DOUE L 95, 21 de abril de 1993.

Directiva 2004/113/CE del Consejo, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el acceso a bienes y servicios y su suministro, DOUE L 373, 21 de diciembre de 2004.

Directiva 2005/29/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de mayo de 2005, relativa a las prácticas comerciales desleales de las empresas en sus relaciones con los consumidores en el mercado interior, DOUE L 149, 11 de junio de 2005.

Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II), DOUE L 335, 17 de diciembre de 2009.

Directiva 2011/83/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre los derechos de los consumidores, DOUE L 304, 22 de noviembre de 2011.

Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros (IDD), DOUE L 26, 2 de febrero de 2016.

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales (RGPD), DOUE L 119, 4 de mayo de 2016.

Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión, de 11 de agosto de 2017, por el que se establece un formato normalizado del Documento de Información sobre el Producto de Seguro (IPID), DOUE L 209, 12 de agosto de 2017.

Reglamento Delegado (UE) 2017/2358 de la Comisión, de 21 de septiembre de 2017, por el que se completa la Directiva (UE) 2016/97 en lo que atañe a las exigencias de gobernanza y supervisión de producto de seguros, DOUE L 341, 20 de diciembre de 2017.

Directiva (UE) 2023/2673 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de noviembre de 2023, relativa a los contratos de servicios financieros celebrados a distancia y por la que se modifica la Directiva 2011/83/UE y se deroga la Directiva 2002/65/CE, DOUE L, 28 de noviembre de 2023.

Constitución Española de 1978, BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978.

Código Civil, Real Decreto de 24 de julio de 1889.

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS), BOE núm. 250, 17 de octubre de 1980.

Ley 7/1998, de 13 de abril, sobre Condiciones Generales de la Contratación (LCGC), BOE núm. 89, 14 de abril de 1998.

Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (TRLGDCU), BOE núm. 287, 30 de noviembre de 2007.

Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR), BOE núm. 168, 15 de julio de 2015.

Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, BOE núm. 288, 2 de diciembre de 2015.

Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha, DOCM núm. 64, 1 de abril de 2019; BOE núm. 110, 8 de mayo de 2019.

Anexo jurisprudencial

STJUE (2ª) de 29-10-2020; asunto C-243-2019

STJUE de 23 de abril de 2015, Van Hove (C-96/14).

STJUE de 1 de marzo de 2011, Test-Achats (C-236/09).

STJUE de 20 de abril de 2023, Occidental (C-263/22).

SSTC120/1990; 166/1996

STS Sala 4ª, 1557/2017, de 16 de Septiembre.

STS 732/2017, de 2 de marzo

STS 241/2013; Pleno Sala 1ª, de 19 de Marzo

STS (Sala 1.ª) 1152/2003, de 27 de noviembre de 2003.

STS (Sala 1.ª) 401/2010, de 1 de julio de 2010.

STS (Sala 1.ª) 273/2016, de 22 de abril de 2016.

STS (Sala 1.ª) 101/2021, de 24 de febrero de 2021.

STS (Sala 1.ª) 693/2005, de 23 de septiembre de 2005.

STS (Sala 3.ª) 1691/2020, de 9 de diciembre de 2020.

STS (Sala 1.ª) 45/2020, de 22 de enero de 2020.

STS (Sala 1.ª) 384/2017, de 19 de junio de 2017.

STS (Sala 1.ª) 990/2007, de 3 de octubre de 2007.

STS (Sala 1.ª) 1121/2008, de 3 de diciembre de 2008.

STS (Sala 1.ª) 87/2021, de 17 de febrero de 2021.

STS (Sala 1.ª) 853/2006, de 11 de septiembre de 2006.

STS (Sala 1.ª) 402/2015, de 14 de julio de 2015.

STS (Sala 1.ª) 541/2016, de 14 de septiembre de 2016.

STS (Sala 1.ª) 661/2019, de 12 de diciembre de 2019.

STS (Sala 1.ª) 563/2021, de 26 de julio de 2021.

STSJ Cataluña de 5-7-2017 (núm. rec. 365/2016)

SAP (Secc. 1.ª) Cuenca 11/1994, de 11 de noviembre de 1994.

SAP (Secc. 1.ª) Ciudad Real 144/2000, de 29 de marzo de 2000.

SAP (Secc. 1.ª) Ciudad Real 331/2003, de 26 de noviembre de 2003.

SAP (Secc. 1.^a) Albacete 153/2002, de 23 de julio de 2002.

SAP (Secc. 1.^a) Ciudad Real 336/2013, de 17 de diciembre de 2013.

SAP (Secc. 1.^a) Albacete 23/2025, de 22 de enero de 2025.

SAP (Secc. 1.^a) Ciudad Real 119/2022, de 10 de marzo de 2022.

SAP (Secc. 1.^a) Toledo 262/2024, de 17 de octubre de 2024.

SAP (Secc. 2.^a) Ciudad Real 293/2023, de 18 de septiembre de 2023.

SAP (Secc. 6.^a) Sevilla 467/2012, de 27 de noviembre de 2012.

SAP (Secc. 13.^a) Barcelona 690/2010, de 14 de diciembre de 2010.

SAP (Secc. 1.^a) Cáceres 172/2014, de 10 de julio de 2014.

SAP (Secc. 5.^a) Vizcaya 500/2011, de 21 de diciembre de 2011.

SAP (Secc. 5.^a) Vizcaya 255/2021, de 19 de octubre de 2021.

SAP (Secc. 16.^a) Barcelona 391/2023, de 20 de septiembre de 2023.

SAP (Secc. 14.^a) Barcelona 515/2023, de 27 de julio de 2023.

SAP (Secc. 2.^a) Badajoz 474/2022, de 6 de junio de 2022.

SAP (Secc. 3.^a) Burgos 3/2015, de 3 de noviembre de 2015.

SAP (Secc. 5.^a) A Coruña 11/2012, de 11 de abril de 2012.

SAP (Secc. 19.^a) Barcelona 1/2009, de 1 de abril de 2009.

SAP (Secc. 15.^a) Barcelona 29/2010, de 29 de marzo de 2010.

SAP (Secc. 1.^a) Salamanca 6/2021, de 6 de octubre de 2021.

SAP (Secc. 6.^a) Asturias (Oviedo) 195/2021, de 17 de mayo de 2021.

SAP (Secc. 1.^a) Pontevedra 239/2023, de 12 de mayo de 2023.

SAP (Secc. 2.^a) Burgos 437/2020, de 30 de diciembre de 2020.

SAP (Secc. 1.^a) Lugo 28/2023, de 17 de enero de 2023.

SAP (Secc. 4.^a) Málaga 706/2022, de 2 de diciembre de 2022.

SAP (Secc. 1.^a) La Rioja 264/2021, de 8 de junio de 2021.

SAP (Secc. 3.^a) Granada 836/2022, de 23 de diciembre de 2022.

SAP (Secc. 3.^a) Navarra 1125/2024, de 30 de septiembre de 2024.

SAP Albacete (Sección 1.^a) 23/2025, de 22 de enero.

SAP Barcelona (Sección 16.^a), 391/2023, de 20 de septiembre.

ANEXOS

Puedes encontrar los anexos
a la publicación en
www.consejoregionalclmmediadoresdeseguros.org
en la sección de publicaciones
o escanear el siguiente código QR
para acceder:



La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de CLM y el Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros junto con la apuesta por la claridad en las pólizas y por alertar a las personas consumidoras de estar informadas y asesoradas antes de la contratación de un seguro por un profesional de la mediación.

El presente estudio de investigación ha sido realizado por investigadores concedores del contrato de seguro, donde se analiza el grado de conocimiento que las personas consumidoras tienen en los contratos de seguros de salud y decesos.

Igualmente se analizan si las cláusulas recogidas en muchos de esos contratos se ajustan al marco normativo vigente.

Estamos ante un análisis objetivo de pólizas habituales en nuestro mercado regional, que busca dar a conocer estos productos a las personas consumidoras de CLM, siendo un referente a nivel Nacional.

AUTORES

Directores de investigación

Cristina Escribano Gamir
César García González

Autores:

Alejandro Mestre
Héctor Bello
Sara Ugena
Begoña Lagos
Pilar Domínguez