

Memoria del Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente

INFORME EXPLICATIVO DEL DESARROLLO DE LA FUNCIÓN DEL DEFENSOR DEL MUTUALISTA, DEL ASEGURADO Y DEL CLIENTE DEL GRUPO MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA DURANTE EL AÑO 2018

SUMARIO

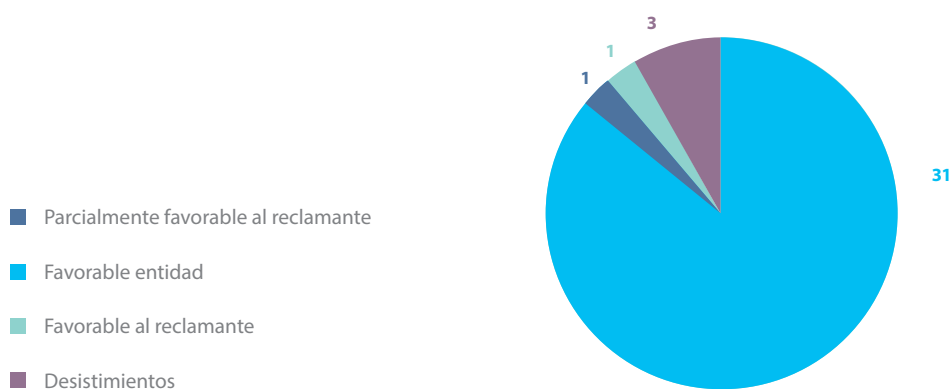
- I. DATOS ESTADÍSTICOS
- II. LAS RESOLUCIONES DEL DEFENSOR
- III. CRITERIOS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

I. DATOS ESTADÍSTICOS

El Defensor del Mutualista, Asegurado y Cliente de Mutua Madrileña ha resuelto durante el año 2018 un total de 36 reclamaciones.

En cuanto al resultado final de las resoluciones, destaca que 31 (el 86,11%) de las mismas han resultado favorables a la compañía; una (el 2,78%) ha resultado parcialmente a favor del reclamante; una (2,78%) ha resultado favorable al reclamante y las tres restantes (el 8,33%) fueron desistimientos. Asimismo, es importante mencionar que, en estos últimos casos, las cuestiones fueron resueltas por las unidades de gestión afectadas en la fase de instrucción, sin necesidad de dictar una resolución formal, contribuyendo con ello a una mayor agilidad y eficiencia del proceso.

RESOLUCIONES DEL DEFENSOR DEL MUTUALISTA, ASEGURADO Y CLIENTE



En lo relativo a las sociedades del Grupo Mutua Madrileña Automovilista, como puede apreciarse en la tabla nº1, el volumen más alto se relacionó con Mutua Madrileña Automovilista debido a su mayor nivel de actividad respecto al resto de sociedades del Grupo. En concreto, el 77,78% de las reclamaciones (28) correspondieron a Mutua Madrileña Automovilista, el 19,44% (7) a MM Hogar y el 2,78% (1) a Mutuactivos Inversiones, A.V., S.A.U.

En 2018 no hubo resoluciones respecto de la actividad de Mutuactivos, S.A.U, S.G.I.I.C., ni Mutuactivos Pensiones, S.A.U., S.G.F.P.

TABLA Nº 1

ENTIDAD DEL GRUPO	Nº DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña	28
MM Hogar	7
Mutuactivos Inversiones A.V. S.A.U.	1
Mutuactivos Pensiones S.A.U., S.G.F.P.	0
Mutuactivos, S.A.U., S.G.I.I.C.	0
TOTAL	36

Dentro de las áreas de las diferentes entidades del Grupo Mutua Madrileña Automovilista, el 75% de las reclamaciones afectaron a Gestión de Siniestros, siendo el desglose el siguiente:

TABLA Nº 2

ENTIDAD	ÁREA / DEPARTAMENTO	Nº DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña	Gestión Siniestros	21
	Producción	3
	Vida	1
	Autoclub Mutua	3
MM Hogar	Gestión Siniestros	6
	Producción	1
Mutuactivos Inversiones, A.V., S.A.U.	Inversiones	1
	TOTAL	36

Como puede observarse en la tabla nº 3, los motivos de las reclamaciones siguen incidiendo mayoritariamente en torno a la cobertura de las pólizas suscritas.

TABLA Nº 3

ENTIDAD	MOTIVO / OBJETO DE LA RECLAMACIÓN	Nº DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña	Rechazo o rehúse del siniestro (se incluyen los parciales)	11
	Disconformidad con la valoración de la indemnización	9
	Disconformidad con la reparación	1
	Falta de información o información incorrecta (todos los procesos)	1
	Aumento / subida de prima	1
	Falta de información o información incorrecta (todos los procesos)	1
	Rechazo o rehúse del siniestro (se incluyen los parciales)	1
	Retraso de reparación	1
MM Hogar	Extorno prima no consumida	1
	Otros	1
	Rechazo o rehúse del siniestro (se incluyen los parciales)	5
Mutuactivos Inversiones, A.V., S.A.U.	Retraso de reparación	1
	Alta / Modificación de la póliza sin autorización del cliente	1
Mutuactivos Inversiones, A.V., S.A.U.	Retraso de tramitación / indemnización	1
	TOTAL	36

II. LAS RESOLUCIONES DEL DEFENSOR

Este capítulo ofrece una visión organizada y sistematizada de las resoluciones del Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente. Como criterio de ordenación de la mismas, parece útil seguir básicamente la referencia que proporcionan la estructura y el desarrollo del contrato de seguro, desde el inicio hasta su extinción, con las sucesivas vicisitudes que la casuística pone de manifiesto. La siguiente exposición incluye no solo los casos tratados en 2018, sino también en años anteriores, con objeto de ofrecer una perspectiva más completa y en definitiva una información más útil.

1. La conclusión del contrato

Es sabido que el contrato de seguro se perfecciona por el consentimiento de las partes, de modo que su válida constitución nace con el acuerdo, sin que la documentación del mismo, mediante la suscripción de la póliza, tenga otro alcance que la mera formalización de un contrato ya perfecto y válido.

La mera solicitud del seguro formulada por el interesado no vincula a la compañía en tanto ésta no manifieste su aceptación. En determinado supuesto en el que se trataba de asegurar un vehículo, que ya había circulado y que debía ser objeto de la previa revisión pericial en tal caso preceptiva, sin que tal revisión llegara a realizarse, la compañía rehusó finalmente la aceptación del contrato, de acuerdo con su política de selección del riesgo. No habiendo llegado a nacer, por tanto, el contrato de seguro carecía de acogida posible la pretensión del reclamante que consideraba perfeccionado y en vigor el seguro solicitado (Res. 11/2016).

2. La prima o cuota anual

La prima en el momento inicial y la indemnización en el caso de producirse el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura son los elementos sobre los cuales pivota el contrato de seguro a tenor de la definición que ofrece artículo 1º de su Ley reguladora 50/1980. No puede extrañar, por tanto, que abunden las reclamaciones sobre el incremento de “la cuota anual que corresponde abonar a cada asegurado, que se determina mediante cálculos de matemática actuarial y de valoración del riesgo, utilizando datos estadísticos, jurídicos y financieros, de forma que las tarifas resulten suficientes para permitir al asegurador hacer frente a las obligaciones derivadas del contrato”. (Res. 45/2013).

Las Condiciones Particulares de las pólizas contienen una cláusula, aceptada y firmada por los tomadores, donde se faculta al asegurador para revisar la prima con ocasión de renovar anualmente la póliza, en función, entre otras causas, de la siniestralidad. Siendo la prima un elemento esencial del contrato de seguro, cualquier modificación de ella constituye una novación según el artículo 1.203, 1 del Código Civil, cuya validez requiere el concurso de la voluntad de ambos contratantes.

Como consecuencia de ello y a tenor de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, así como en el 12.3 de las Condiciones Generales de la póliza, cuando haya de producirse un aumento de prima para el nuevo período de cobertura, la aseguradora deberá comunicarlo al tomador dos meses antes de la expiración del contrato, a los efectos de que pueda aceptar o no la prórroga. Por este motivo, y para poder cumplir con tal plazo, la siniestralidad debe computarse en períodos que permitan notificar cualquier posible modificación contractual con esa antelación superior a los dos meses que aquella determina.

En cualquier caso y para evitar interpretaciones erróneas, conviene aclarar que este sistema de cómputo de la siniestralidad no afecta en nada al periodo de cobertura que es anual, de fecha a fecha. Por otra parte, no se produce perjuicio alguno en la determinación, cualesquiera que sean las fechas elegidas, habiéndose establecido el método vigente precisamente como garantía del asegurado para permitirle conocer la situación de su póliza con suficiente anticipación y actuar en su momento con la necesaria reflexión. (Res. 04/2011, 28/2011 y 29/2011, así como las Res. 15, 19, 26, 34 y 40 /2012). Por su parte la Resolución 28/2013 contempla el desglose de dos siniestros en distintas anualidades y la 2/2013 la pérdida de los descuentos por antigüedad en el supuesto de haber cursado en el año anterior más de tres partes con un coste superior al doble de la prima, mientras que la 24/2013 niega la renovación de la póliza a causa de una excesiva siniestralidad (en el mismo sentido, Res. 17/2014).

Estos criterios que el Defensor del Asegurado, del Mutualista y del Cliente había sentado en años anteriores para el sector del Automóvil, fueron utilizados también para el de Hogar (Res. 20/2010), reiterándose en la Res. 14/2011, donde se explicaba que la prima base se había calculado sobre la anualidad anterior con un incremento del 2,3% aplicado a las garantías básicas de vivienda y mobiliario, que se corresponde con el IPC (índice de precios de consumo) publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

Las Resoluciones 2/15, 15/15, 18/15, 20/15 y 21/15 mantuvieron asimismo los criterios anteriormente expuestos.

En la Resolución 21/17 hubo ocasión de advertir que la prima vinculante no es la inicialmente estimada en presupuesto facilitado telefónicamente sin que se hubiesen declarado los accesorios extra del vehículo, sino la consignada en el contrato tras la declaración de dichos accesorios y consiguiente computación de los mismos en el cálculo del riesgo, todo ello con la conformidad del asegurado al suscribir libre y voluntariamente la póliza.

En cuanto a la revisión anual de la prima, el interés del asegurado disconforme con la cuantía queda en todo caso protegido mediante la posibilidad que le asiste de no renovación de la póliza, como se señaló en las Resoluciones 2/18 y 7/18.

La Resolución 24/2014 pudo precisar la improcedencia de acceder a la devolución de la prima no consumida en el periodo de supuesto retraso, y ello con base en la propia naturaleza del contrato de seguro, por el que se produce el traslado del riesgo del asegurado al asegurador, de tal modo que, al soportar éste el riesgo total en cada momento de la duración del contrato, la prima resulta indivisible temporalmente, sin que al asegurado le asista derecho alguno a recuperar parte de la misma.

El mismo principio de indivisibilidad de la prima fue aplicado por la Resolución 32/18, en un caso en que el vehículo asegurado había sido enajenado con anterioridad al vencimiento de la póliza. Ello, no obstante, podía el asegurado acogerse, como la misma Resolución indicó y al amparo del condicionado del contrato, a la posibilidad de rehabilitar la póliza dentro de los cinco años siguientes para el aseguramiento de otro vehículo.

3. Las bonificaciones por no siniestralidad

Vinculado con el mismo tema y también desde la perspectiva del comportamiento contractual del asegurado, pero como su reverso, se encuentran las bonificaciones por no siniestralidad, cuyo cómputo ha de hacerse teniendo en cuenta únicamente, de entre las múltiples garantías cubiertas, las consideradas básicas, y cuyo cálculo se practica sobre “la prima neta del año anterior, una vez descontada la bonificación de que venía disfrutando” (Res. 20/2010, Hogar).

Así pues, una vez calculada la prima base se procede a aplicar tanto los recargos como los descuentos, teniendo en cuenta que, a tenor de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza, en los seguros multirriesgo que incluyen varias garantías las bonificaciones solo se aplican a las primas de las garantías básicas. Por último, y a tenor de lo estipulado en el artículo 21 de las Condiciones Generales de la póliza, se procede a calcular las bonificaciones, aplicando el porcentaje que corresponda a la prima del año anterior neta.

Como también se advirtió en la citada Resolución 2/2018, las bonificaciones por no siniestralidad no son incompatibles con la revisión anual de la prima, necesaria para cumplir con el principio de suficiencia de la misma.

4. Accidente y avería

En el supuesto de una póliza con cobertura de “gran reparación” y con ocasión de una avería mecánica consistente en tirones y vibraciones en el motor del vehículo, así como consumo de agua sin aparente fuga del circuito, se comprobó que el vehículo carecía de Plan de Mantenimiento y que no había practicado las revisiones correspondientes a los años 2010, 2011 y 2012. En consecuencia, a tenor de lo previsto en el artículo 83 de las Condiciones Generales de la póliza en cuestión, que además figuraba en el Pacto Adicional de las mismas con aceptación separada y escrita en tanto que clausula limitativa de los derechos del asegurado, quedaba claro que la avería denunciada estaba fuera de la cobertura de la póliza (Res. 35/2013).

Es importante, no solo conceptualmente sino por sus efectos prácticos, la distinción entre “accidente” o siniestro y “avería” a efectos del seguro por daños propios, que cubre los que pueda sufrir el vehículo asegurado como consecuencia de un accidente producido por una causa exterior. En el supuesto analizado por la Resolución 38/2013, el “airbag” del asiento delantero del vehículo asegurado saltó al pasar un badén, ocasionando desperfectos o daños. El mecanismo se activó mientras circulaba normalmente, sin que se hubiera producido colisión alguna, a causa de una posible avería del sensor. Resultaba claro que tal avería, como causa determinante, quedaba fuera de cobertura.

En el caso de la Resolución 25/2014 se planteaba la cuestión de determinar si los daños que presentaba el vehículo asegurado en la cerradura de la puerta trasera derecha resultaban de una avería o bien de un siniestro producido por causas externas. En este asunto, aunque el informe pericial de la entidad afirmaba que la cerradura podía ser abierta con el mecanismo manual y no utilizando el sistema de cierre centralizado, no pudimos pronunciarnos, por cuanto se trataba de una cuestión para cuya valoración se requieren informes técnicos. En este mismo sentido, las Resoluciones 18/2014, 33/2014, 14/2015 y 19/2015.

5. Ámbito de la cobertura en el seguro de MM Hogar: alcance y exclusiones

En el seguro del Hogar, el artículo 42 de las Condiciones Generales excluye de cobertura en caso de robo “los objetos que se hallen fuera de la vivienda, como azoteas, patios, jardines, etc. o en dependencias anexas que carezcan de cierre privativo”, por lo que la Resolución 39/2012 rechazó la sustracción de elementos ornamentales en un jardín y los daños en otros.

Por su parte, la 22/2012 negó el derecho a indemnización por el robo de un ordenador portátil, varios videojuegos, películas DVD, tarjetas de memoria, una videocámara y otra fotográfica, con fundamento en el Artículo Preliminar de las Condiciones Generales donde se niega la condición de mobiliario, entre otros, a “los teléfonos móviles, PDA’s, agendas electrónicas, MP3, MP4 y demás dispositivos portátiles electrónicos”. Esta misma cláusula se aplicó también con ocasión del robo en el interior de una vivienda de un ordenador portátil, un disco duro exterior y varios DVD’S vírgenes en la Resolución 38/2012.

Un asegurado cursó un parte de siniestro al amparo de la cobertura de riesgo fuera del hogar-atraco, donde declaraba que un día en una calle de Madrid, dos individuos desconocidos le arrebataron la mochila que portaba con todo su contenido y huyeron, haciendo constar que entre otros objetos sustraídos figuraban un ordenador portátil y un pendrive, que en la liquidación del siniestro no fueron incluidos. También aquí se tuvo en cuenta, como fundamento de la desestimación, el artículo preliminar de las Condiciones Generales de la póliza, donde al delimitar los bienes asegurables se excluyen de forma expresa de la condición de mobiliario, entre otros, “los teléfonos móviles, PDA’s, agendas electrónicas, MP3, MP4, y demás dispositivos portátiles electrónicos” (Res. 16/2011).

En otro caso, al entrar el asegurado en su domicilio a las 10 de la noche fue atracado en el portal por tres individuos desconocidos que le golpearon, tirándole al suelo y le robaron entre otras cosas un reloj. En el artículo 45, apartado 1, de las Condiciones Generales se establece que la indemnización en estos supuestos “se extenderá únicamente al pago de ropas, joyas, relojes y demás objetos de uso personal de los que sean portadores en el momento del siniestro, hasta el límite máximo de 700 euros”, y tal fue la cantidad que la aseguradora abonó al asegurado, en actuación que debe considerarse correcta y conforme a una limitación contractual clara y precisa en su enunciado, que había sido aceptada en pacto adicional por escrito (Res. 10/2012).

En la Resolución 32/2017 se estimó que, en la cobertura de pérdidas sufridas fuera del hogar por el asegurado por atraco o expolio, no era subsumible la estafa callejera popularmente conocida como “tocomocho”, por falta de los elementos de violencia o intimidación requeridos por el condicionado de la póliza.

El artículo 42 de las Condiciones Generales de la Póliza Mutua Hogar, entre otras exclusiones de cobertura que afectan a la modalidad de Robo en el interior de la vivienda, menciona los objetos que se hallen fuera de la vivienda o dependencias anexas que no son de uso exclusivo del asegurado. Asimismo, y para la cobertura de Hurto en el interior de la vivienda, el artículo 44 de las mencionadas Condiciones Generales de la Póliza establece entre otras exclusiones de cobertura la de los bienes que se encuentren en cualquier dependencia anexa. En la Resolución 1/2014 ambos artículos fueron tenidos en cuenta para resolver un asunto en que la bicicleta sustraída se encontraba en un garaje comunitario, que es una dependencia anexa a la vivienda y no es de uso exclusivo del asegurado, por lo que resultaba evidente que el siniestro no era objeto de la cobertura concertada.

Quedan también fuera de cobertura las humedades debidas a filtraciones por capilaridad del terreno (Res. 23/2013) y la falta de sellado y lechada en la bañera por los escudos de la grifería (Res. 37/2013), así como los daños sufridos por un aparato de aire acondicionado tumbado por el viento que causaron su puesta en funcionamiento en esta posición inadecuada (Res. 22/2013).

En alguna ocasión, como la que motivó la Resolución 3/2018, se ha suscitado la cuestión de si las filtraciones observadas entraban en la cobertura de agua o bien en la de fenómenos atmosféricos, cuestión de índole propiamente pericial, al margen de la cual se pudo despejar una confusión entre el límite de indemnización que el condicionado reconocía en la primera de las indicadas coberturas y la cantidad mínima “no controvertida” cuyo impago podría generar el inicio de la morosidad de la aseguradora. A ese respecto se señaló: a) en el artículo 18 LCS el inicio de la morosidad se hace depender del impago, no de una “cantidad mínima no controvertida”, sino del “importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber”, y esta es precisamente la cuestión de la que no se puede hacer supuesto o petición de principio, habida cuenta de que lo que resultaba del informe pericial era la exclusión de la cobertura de “fenómenos atmosféricos” por falta de mantenimiento; b) la idea más próxima a lo que se señala como cantidad mínima “no controvertida” puede tal vez encontrarse en el artículo 38 LCS, donde se habla de “suma convenida”, pero vinculada a un acuerdo de las partes que en el caso no constaba, o de un “importe mínimo” derivado de un proceso de determinación pericial que, en defecto del mencionado acuerdo, tampoco se había puesto en marcha ni el asegurado -según su propia manifestación- tenía intención de incoar.

Sobre el alcance de la cobertura de pérdida de alquileres por inhabilitación de la vivienda, en el caso que decidió la Resolución 25/2017 se cuestionaban tanto el momento de inicio como el momento final del período resarcible. Respecto de este último, la previsión de la póliza delimitaba la cobertura “hasta que la vivienda pueda ser nuevamente habitada”, lo que remitía al pertinente juicio pericial sobre cuestión para la que el Defensor carece de competencia. Diversamente, en cuanto al momento de inicio estaba acreditado que ya durante la mensualidad anterior a la fecha de comienzo de las reparaciones, a partir de la cual se computó inicialmente la indemnización, la vivienda había estado inhabitable a causa de las actuaciones de comprobación y verificación que hubieron de llevarse a cabo, por lo que se resolvió que la indemnización debía comprender también ese período.

En la Resolución 35/2017, se consideraron correctamente excluidos de la cobertura, conforme a la específica previsión del condicionado general y particular, los daños ocasionados por una continuada fuga de agua que se había producido estando la vivienda desocupada durante más de 72 horas consecutivas.

Por razón del tiempo, no entran en la cobertura los daños anteriores a la contratación de la póliza. Tal sucedió en el caso decidido por la Resolución 3/2017, en que se pretendía la prestación de defensa jurídica frente a una construcción vecina que el asegurado estimaba perjudicial, siendo así que no concertó la póliza sino varios días después de que la citada construcción hubiese sido completamente ejecutada.

6. Cláusulas restrictivas

Las cláusulas restrictivas de los derechos del asegurado se rigen por los artículos 3 de la Ley del Contrato del Seguro y 80 del Texto Refundido de la Ley de Consumidores y Usuarios. En tal sentido, la constante y uniforme jurisprudencia del Tribunal Supremo ha venido entendiendo que las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados solo serán eficaces si se formulan con una redacción clara y precisa, siendo destacadas de modo especial en pacto adicional, y constando específicamente su aceptación por escrito. Todos estos requisitos, exigidos de forma rigurosa por nuestros Tribunales de Justicia, se cumplen en los numerosos casos sometidos a la decisión del Defensor del Asegurado. Por todo ello tales cláusulas tienen fuerza vinculante pues se encuentran recogidas específicamente en los Pactos Adicionales firmados por los distintos asegurados quienes consecuentemente las aceptan y asumen de forma explícita. (Resoluciones 05, 10, 15, 16, 18 y 19 /2011, así como 04, 25/2013 y 43/2013 -esta última en relación con un siniestro total- y 19/2014 -ésta en relación con los daños sufridos por un neumático, sin coexistir con daños mecánicos).

7. La declaración de “siniestro total”

Se trata de un supuesto típico del seguro del automóvil. El interés asegurado (vehículo) tiene un valor económico que en el seguro de daños se determina “a posteriori” con criterios rigurosamente objetivos (valor real) y puede variar en función del tiempo: hay un valor inicial, cuando el contrato de seguro se perfecciona; un valor final, el anterior al siniestro y un valor de residuo, posterior a este, sin que pueda confundirse el interés asegurado con la “suma asegurada” que representa la cifra hasta la cual queda cubierto por el seguro y que además de servir de base para el cálculo de la prima constituye el límite máximo de la prestación del asegurador (art. 27 de la Ley 50/1980). Cuando la reparación del vehículo exceda del 100 por 100 del valor venal, podrá declarar el asegurador la pérdida o siniestro total. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la realización del siniestro. (Res. 10, 11, 15 y 19, 20/2011, así como las Res. 17, 23, 24, 28 y 29 /2012 así como 01, 03, 10, 16, 18, 31 y 43/2013, y 26/201).

En relación con ello, durante el ejercicio 2017 hubo ocasión de reiterar que en el seguro de daños la prestación, amén de estar afectada por la limitación legal mencionada más arriba, ha de convivir con el axioma, también legal, de que el siniestro no puede ser ocasión de enriquecimiento para el asegurado. En este sentido, la Resolución 26/2017 está en línea con la Resolución 28/2014, entre otras.

Un caso singular fue el que afectó a un vehículo cuya póliza cubría también el supuesto de robo. Sucedió que, forzada la cerradura de la puerta delantera izquierda, fueron sustraídos los asientos delanteros y traseros, el reposabrazos central delantero, el cargador CD, el navegador y algunas otras piezas. Como primera solución, la aseguradora había autorizado la reparación de los desperfectos, lo que rechazó el asegurado, que también rehusó la alternativa de abono de los gastos, proponiendo en cambio una indemnización a tanto alzado, por lo que para zanjar la cuestión se declaró siniestro total (Res. 13/2012). Un supuesto análogo se abordó en la Resolución 17/2013.

Otro supuesto especial fue el contemplado en la Resolución 16/2013. En el caso, en el que asegurado era también perjudicado en el accidente que dio ocasión al siniestro total, se calculó la indemnización sobre el valor venal del vehículo incrementado en un porcentaje entre el 20% y el 50%, como valor de afección el llamado “valor en uso” para compensar los perjuicios y molestias causados por la pérdida del vehículo, los gastos de adquisición de un nuevo vehículo y otros. Criterio similar se ha aplicado en las Resoluciones 4 y 10/2016, 12 y 13/2017.

En otros casos, en que el siniestro se había producido dentro del primer año siguiente a la matriculación de vehículo, se pudo precisar que la indemnización comprendía el precio del vehículo según la factura de compra, incluidos los recargos e impuestos no deducibles, pero no los conceptos no

abonados, como la exención del impuesto de matriculación por emisiones de CO₂, importe del Plan Pive y otros descuentos aplicados (Res.9 y 24/2017).

8. Daños posteriores al accidente

El artículo 41 de las Condiciones Generales de la póliza recoge las exclusiones de cobertura específicas de la “modalidad segunda” de daños sufridos por el vehículo asegurado, que comprenden, entre otras, las averías producidas como consecuencia de la circulación del vehículo o puesta en funcionamiento del motor o de la manipulación de cualquier otra pieza después del accidente. El mencionado texto es suficientemente claro y no admite otra interpretación más o menos amplia, de la estrictamente literal. En él se recoge una exclusión de cobertura que el asegurado tiene expresamente aceptada y firmada tanto en las Condiciones Generales de la Póliza como en el Pacto Adicional a las mismas, siendo, por tanto, de plena aplicación. En el caso contemplado constaba que los daños sufridos por el turbo eran consecuencia de haber circulado después de ocurrido el siniestro. (Res. 05/2011). En el mismo sentido se pronuncian la Resolución 1 bis/2012 y las que llevan los ordinales 26 y 40/2013.

Por otra parte, la modalidad “Terceros Plus” comprende entre otros, los daños que se produzcan en el vehículo asegurado durante el tiempo en que, como consecuencia de la sustracción, se halla en poder de personas ajenas, así como los ocasionados por tentativa de sustracción. Sin embargo, la Resolución 28/2010 distinguió entre ésta y los actos vandálicos, excluyendo éstos de la cobertura. Por otra parte, los daños que se dicen causados por el traslado del vehículo desde el lugar del siniestro hasta el taller de reparaciones necesitan una probanza suficiente (el reconocimiento del operario de la grúa o cualquier otra) sin que baste la mera versión del asegurado.

En un caso en el que se discutía si determinados daños en la dirección del vehículo habían sido causados por manipulación del gruísta con ocasión del traslado del vehículo al taller de reparación, la Resolución 8/2018 no reconoció valor decisivo la expresión “muy bien” con que en el parte descriptivo el cliente calificaba la prestación del servicio, por tratarse de un impreso o formulario, cumplimentado por el operario de la grúa, en el que la firma del cliente se consignaba propiamente por adhesión. No obstante, establecido por el perito que se trataba de una avería fortuita sin relación con la manipulación del gruísta, la discrepancia planteada a ese respecto excedía de las competencias del Defensor, según el criterio constante que se recoge más abajo en el apartado 12.

9. Robo

En la modalidad denominada “súper póliza Todo Riesgo con franquicia” se incluye, entre otras, una cláusula en cuya virtud se mejora la valoración del vehículo en caso de pérdida total por incendio o robo. Producido éste, la base para la indemnización ha de ser el valor de compra, sin que puedan incluirse los descuentos aplicados (Res. 2/2012).

En el caso que dio lugar a la Resolución 30/2012 fueron sustraídas las llaves del automóvil que el asegurado había dejado dentro de una bolsa de deporte, guardada a su vez en una taquilla del gimnasio, por lo que la compañía cumplió con la entrega de un nuevo mando/llave codificado para sustituir al desaparecido y la recodificación de las cerraduras para adaptarlas a este, sin que sea necesario cambiarlas, dado que el vehículo solo con ese mando puede ponerse en marcha.

En el supuesto de la sustracción de un vehículo que se encontraba estacionado con las llaves guardadas en la guantera, la compañía se negó a indemnizar por esta negligencia grave del asegurado fuera de cobertura (Res. 13/2013).

Por otra parte, el robo del vehículo origina la declaración de siniestro total, cuya indemnización si hubiera discrepancia habrá de fijarse mediante la tasación pericial contradictoria (Res. 07 y 17/2013 y 17/2018).

La rotura de la rejilla delantera y su carcasa no puede ser calificada como robo, sino que es resultado de un acto de vandalismo y queda por tanto fuera de la cobertura de la póliza por aquel concepto (Res. 33/2013). Igual criterio se aplicó en un caso de rotura de la ventanilla delantera derecha y sustracción de la radio del vehículo (Res. 10/2017).

10. Demora en la reparación

Aun cuando la póliza concertada no incluya la prestación de un vehículo de sustitución durante el tiempo que no se pueda disponer del propio, la demora en la reparación imputable a la aseguradora le obliga a satisfacer un interés anual equivalente al legal más un 50%, conforme al artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980 (Res. 27/2010). A su vez, en la Resolución 19/2010 se contempló una traslación de responsabilidad desde la aseguradora al taller de reparaciones no concertado con Mutua Madrileña que eligió el asegurado. Las consecuencias de una defectuosa reparación del vehículo son imputables a quien la hizo, con cargo a la garantía correspondiente, criterio que ha sido confirmado por la Dirección General de Seguros, distinguiendo así entre la responsabilidad derivada del siniestro y la que trae causa de la reparación.

11. Repatriación

El artículo 79, apartado 1.2 de las Condiciones Generales de la póliza, modalidad de asistencia en viaje, regula los supuestos de repatriación del vehículo asegurado a causa de avería, accidente o robo y los gastos de custodia que se puedan generar, indicando que “están cubiertos los gastos de transporte del vehículo hasta el domicilio del asegurado...”, así como los de su pupilaje o custodia con un límite máximo de 120 euros. En el caso decidido por la Resolución 27/2011, Mutua Madrileña había cumplido todos los requisitos exigidos en la norma transcrita, procediendo a llevar el vehículo desde Sevilla, donde sufrió los daños que produjeron la inmovilización, hasta el domicilio en Alcorcón, habiéndose hecho cargo además de la repatriación del propio asegurado. Este reclamó por la pretendida demora en el traslado del vehículo, pasando sin embargo por alto que la información facilitada sobre el tiempo que puede tardar en llegar el vehículo a su destino es meramente estimativa y puede variar por diversas circunstancias ajenas a la aseguradora; máxime si, como ocurría en el caso planteado, coincide con fechas de vacación estival y más concretamente de fin de vacaciones (operación retorno) que pueden influir en la tardanza para la prestación del servicio. En cualquier caso, como ya se le notificara al reclamante, dado que en las Condiciones Generales de la Póliza no se establece un tiempo prefijado para la repatriación del vehículo, no cabía pretender que se hubiese producido un incumplimiento de la compañía determinante de indemnización.

Con ocasión de una avería sufrida por el automóvil afectado en Manzanares, Ciudad Real, Autoclub Mutua declinó hacerse cargo del transporte a Córdoba, donde tiene su domicilio el asegurado, por tratarse de otra provincia y encontrarse a más de 100 kilómetros de distancia. En vista de ello, el dueño del vehículo contrató una grúa para el traslado y luego reclamó el pago de la factura correspondiente, que se le denegó por no haber superado las 72 horas de inmovilización y carecer en consecuencia de cobertura (Res. 18/2012). En un supuesto análogo, se denegó la prestación por cuanto entre Pedrezuela, donde se encontraba el taller elegido, y Alcobendas, lugar de la avería, media una distancia superior a 25 kilómetros (Res. 11/2013).

En dos casos de asistencia prestada por Autoclub Mutua, uno como consecuencia del bloqueo de una motocicleta que no se podía arrancar ni mover, y el otro por quedar un automóvil enganchado en una piedra, las pólizas correspondientes excluían la cobertura por daños propios así que no existía obligación de pago para Mutua Madrileña Automovilista con cargo a esa garantía. En cuanto a la

responsabilidad por los desperfectos sufridos, al parecer, con motivo de la asistencia de Autoclub, es claro que ante las versiones discrepantes de los hechos, sin apoyo probatorio alguno, no cabía establecer con certeza la causa de la producción de aquellos. Ello sin perjuicio, naturalmente, de que los asegurados puedan dirigir contra los eventuales responsables su reclamación por los desperfectos, pero por su propia cuenta, puesto que no cabe la intervención de Mutua Madrileña en aplicación de la garantía de Defensa Jurídica, toda vez que ésta, a tenor de lo dispuesto en el artículo 73, letra D, apartado 1 de las Condiciones Generales de la Póliza, solo alcanza a los daños producidos en el accidente de circulación. Por todo ello, no siendo objeto de cobertura ni la reparación de los daños ni la reclamación frente al posible responsable, la compañía no puede asumírselos, debiendo ser de cargo del propio asegurado (Res. 36 y 44/2013).

12. El trámite pericial

Un supuesto muy frecuente dentro del sector del automóvil para determinar el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura se centra en la falta de acuerdo entre asegurado y aseguradora acerca del origen de los daños y en concreto si son consecuencia del accidente que se declara en el parte, tema donde entran en juego el artículo 38 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro y el 43 de las Condiciones Generales de la Póliza de Mutua Madrileña.

La discrepancia entre la versión del asegurado y el parte de accidente y la que contiene el informe de los peritos de la aseguradora respecto de la determinación del origen de los daños que presenta el vehículo constituye una cuestión puramente técnica que requiere la intervención de expertos, y con tal finalidad está configurado el "trámite pericial" previsto en las normas sobredichas. Tal es el criterio constantemente aplicado por el Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente del Grupo Mutua Madrileña Automovilista a lo largo de estos años, desde su creación, criterio que a su vez ha sido confirmado por la Dirección General de Seguros en distintas ocasiones. Puede encontrarse esta doctrina en las Resoluciones 9, 11, 24, 27, 28, 34, 35 y 36/2010. A lo largo del año 2013 numerosas Resoluciones han insistido en este criterio (05, 08, 09, 14, 19, 20, 21, 29, 30, 39, 41 y 42). En la misma línea, pueden mencionarse con posterioridad la Resolución 20/2014 (envuelve una cuestión puramente técnica la determinación de si los daños que presenta el vehículo corresponden o no a la mecánica del accidente o bien se han producido en accidentes distintos), y también en las Resoluciones 3 y 8/2016, y 2, 6, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 28, 29, 30 y 31/2017, y 11, 12, 16, 21, 24, 25, 29, 30 y 33/2018. El mismo criterio se siguió en la Resolución 9/2018 (a propósito de la cuestión de si el volante puede considerarse pieza que forma o no parte del motor o de la caja de cambios automática) y en la Resolución 13/2018 (compresor de aire acondicionado).

Si la discrepancia concierne al valor del automóvil siniestrado, se está asimismo ante una cuestión técnica que es ajena a la competencia del Defensor y que debe dirimirse por el cauce del trámite pericial legalmente preciso, o bien en vía judicial (Resoluciones 5, 6 y 7/2016, y 12 y 13/2017, y 17 y 6, 15 y 26/2018).

El artículo 52 apartado 4 de las Condiciones Generales de la Póliza recoge la cobertura específica de la modalidad denominada Terceros Plus que comprende, entre otras, la cobertura de incendio sin la general de daños del vehículo, que según el artículo 45 de la Ley de Contrato de Seguro consiste en "la combustión y el abrasamiento con llama capaz de propagarse de un objeto u objetos que no estaban destinados a ser quemados en el lugar y momento en que se produce": En el presente caso, a la vista del informe pericial, resultaba claro que los daños sufridos por el vehículo de la reclamante no habían sido consecuencia de combustión o el abrasamiento con llama, sino de la fusión de los revestimientos del cableado eléctrico por sobrecalentamiento, por lo que, a tenor de la mencionada definición, resultaban excluidos de la cobertura concertada. Ante esta situación, y dada la discrepancia de la aseguradora con la valoración del perito de la compañía, la cuestión debía sustanciarse, como ya se indicó, a través del cauce pericial del artículo 38 de la Ley (Res. 26/2011; en el mismo sentido, las Res. 3, 11, 16, 21 y 33 /2012).

La Resolución 22/2011 extiende este procedimiento al seguro de Hogar. Determinar si los “daños en el parqué de la zona de acceso a la cocina y cuarto exterior” fueron causados por “algún tipo de humedad bajo la vivienda” o “a la presencia de una variedad de termitas denominada “de la madera húmeda” que se regeneran con el calor y la humedad, termitas que llevan alojadas allí más de ocho años, es un dato que se convierte en determinante, ya que de ser cierto significaría que los daños habían tenido su origen en algo sucedido antes de la toma del seguro.

Tampoco se estimaron dentro de cobertura determinados daños por agua en la tarima de la cocina y dormitorio contiguo, que el asegurado descubrió al acceder a la vivienda tras quince meses de ocupación por un arrendatario, por cuanto pericialmente se atribuyeron tales daños al mal estado del contrachapado sobre el que se asentaba la tarima, sin que hubiese evidencias de averías o fugas de agua (Res. 1/2017).

En el seguro de Hogar fueron consideradas “cuestión puramente técnica” la valoración del mobiliario destruido y de los daños que sufridos por la vivienda a causa de un incendio en la cocina (Res. 1/2012), la causa de una dilatación de la tarima en el dormitorio principal (Res. 9/2012), los daños producidos por filtraciones de agua procedentes de la vivienda superior (Res. 33/2017), si los daños habían sido causados por una intensa nevada o por falta de mantenimiento (Res. 23/2018), o si las filtraciones resultaban de una fuga de agua o bien de las copiosas lluvias caídas (Res. 3/2018). La cobertura de “avería de electrodomésticos” comprende aquellas de índole mecánica o electrónica que produzcan la incapacidad para funcionar con una pieza o componente electrónico garantizado, como resultado de un fallo mecánico o eléctrico. En este caso, se imputaba el fallo a una fuga de gas interior sin posibilidad de ser reparada, explicación no aceptada por la aseguradora. Esta discrepancia de carácter técnico conduce directamente al trámite pericial para solventarla (Res. 42/2012). De índole similar era la discrepancia planteada en otro supuesto sobre la valoración de los objetos robados, por más que en el caso lo finalmente decisivo fue que la indemnización abonada por la Compañía agotaba el límite máximo de todas las coberturas contratadas por tal concepto (Res. 15/2017).

Una situación muy próxima a la que se acaba de exponer se produjo en relación con las “coberturas básicas” de la póliza de Hogar, en punto a los daños causados por lluvias superiores a cierta intensidad (40 litros por metro cuadrado y hora), o del viento (entre 96 y 135 Km/hora): la pretendida concurrencia causal de estas circunstancias planteaba una “cuestión de prueba” que en estos casos se solventó gracias a los informes de la Agencia Estatal de Meteorología (Res. 01, 02, 13, 17, 21, 24 y 30/ 2011).

La discrepancia sobre el factor temporal de producción de los daños constituye asimismo una cuestión puramente técnica que exige la intervención de expertos y remite directamente al procedimiento pericial.

13. El seguro de Defensa Jurídica

Especial interés reviste la Resolución 22/2010 que tiene por objeto el seguro de Defensa Jurídica (art. 76 de la Ley 50/1980) y que en Mutua Madrileña comprende la posibilidad de tramitar las reclamaciones por vía judicial, siempre que el interesado así lo solicite y con la única limitación de que la pretensión no sea inviable. En este caso, la actuación del Departamento de Defensa Jurídica concluyó con el Auto Ejecutivo de 7 de julio de 2009 dictado por el Juez de Instrucción nº 29 de los de Madrid en el juicio de faltas 307/06, que fijó la cuantía máxima de la indemnización, coincidente con la cifra obtenida luego por la reclamante (más los intereses correspondientes).

En el supuesto que constituye el objeto de la Resolución 12/2013, la actuación del Departamento de Defensa Jurídica fue concreta, toda vez que se cumplieron escrupulosamente las normas de tramitación de la reclamación de los daños y perjuicios del asegurado, estudiando tanto su pretensión como la documentación facilitada por él, se agotó la vía judicial penal y por último, tras constatar

las nulas posibilidades de éxito de una reclamación por la vía civil, se dejó en libertad de acción al asegurado para que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 72 de las Condiciones Generales de la póliza, pudiera elegir libremente los profesionales que le defiendan y representen en el caso de que optare por entablar acciones por su propia cuenta. No se ha de pasar por alto, a este respecto, que tanto el personal adscrito al Departamento de Defensa Jurídica como sus letrados colaboradores, por su propia experiencia, práctica forense y conocimiento de la jurisprudencia más reciente, se encuentran en una situación especialmente idónea para analizar y valorar las posibilidades de éxito de una reclamación judicial.

Durante el año 2015, se pronunciaron sobre el ámbito de esta cobertura las Resoluciones 9/205 y 11/2015, en relación con el ejercicio por la aseguradora de la opción de comunicar al Asegurado la libertad de acción para continuar con la reclamación por sus medios, en aquellos casos que considera inviables en sede judicial, siempre vinculando el pago de los honorarios al éxito de la reclamación.

En el ejercicio 2017 se resolvió un caso en el que se cuestionaba la cobertura de defensa jurídica para reclamar por una reparación defectuosa de un parquet dañado con anterioridad a la contratación de la póliza. Se consideró de aplicación la exclusión expresa de “litigios que se planteen con relación a riesgos no cubiertos” por el seguro de hogar contratado en el caso (Res. 4/2017).

La Resolución 31/2018 pudo precisar que la letrada defensora del asegurado no posee legitimación, en calidad de “afectado perjudicado”, para reclamar directamente a la aseguradora el abono de sus honorarios profesionales, ello sin perjuicio del derecho que le asista frente al cliente que la designó sin intervención de la compañía.

La limitación cuantitativa de esta cobertura, en el caso de libre designación de letrado, no decae por el hecho de concurrir conflicto de interés, si hay cláusula que así lo prevé, como era el caso de la Resolución 20/2018.

14. Seguro obligatorio de Responsabilidad Civil

La Resolución 12/2012 es importante porque delimita el “hecho de la circulación” como concepto jurídico en el ámbito del seguro obligatorio de responsabilidad civil. Una mini-cargadora 3TM había causado daños en una cabina telefónica mientras realizaba su trabajo para el Canal de Isabel II. En consecuencia, estaba realizando tareas o labores industriales (carga, descarga, almacenaje y otras similares), no circulando, desplazándose de un lugar a otro. Esa actividad está fuera de cobertura.

15. Daños a Terceros

En el caso que contempla la Resolución 20/2011, la póliza contratada para el vehículo tenía cubiertas las garantías de responsabilidad civil de suscripción voluntaria, excluyendo expresamente las garantías de daños propios, incendio y robo por lo que no existía obligación contractual de pago por parte de Mutua Madrileña. La reclamación se circunscribe a los daños materiales sufridos por el vehículo propiedad del asegurado, resultando de aplicación en consecuencia lo dispuesto en el párrafo tercero del artículo 1, apartado 1 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Conducción de Vehículos a Motor que recoge literalmente que: “En caso de daños en los bienes, el conductor responderá frente a terceros cuando resulte civilmente responsable según lo establecido en los artículos 1.902 y siguientes del Código Civil, artículo 19 del Código Penal, y lo dispuesto en esta Ley”. Igualmente, y de acuerdo con el contenido del artículo 73 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, por el seguro de responsabilidad civil el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho. De todo ello se concluye que la compañía no puede hacerse cargo de los daños que presenta el vehículo del

reclamante que no son objeto de la cobertura contratada, y que estarían únicamente cubiertos con cargo a la póliza de responsabilidad civil de quien aparezca como responsable de los mismos, y ello siempre y cuando exista prueba suficiente en cuanto a la culpabilidad del conductor y concurren los requisitos del ya citado artículo 1.902 del Código Civil.

En la modalidad denominada “Terceros Plus”, la compañía no puede hacerse cargo del importe correspondiente a la reparación de los daños sufridos por el vehículo asegurado a causa de una colisión con otro, que serán exigibles de quien resulte responsable de ellos con cargo a la póliza de responsabilidad civil (Res. 41/2012).

En la modalidad de Daños Propios con franquicia, la compañía no puede hacerse cargo de su importe, ya que la reparación de los daños sufridos por la colisión con otro vehículo ha de ser imputable a la póliza de responsabilidad civil de quien resulte ser el responsable del accidente (Res. 27 y 37/2012).

16. Interpretación razonable de las cláusulas

En la póliza de Hogar, y en relación con el concepto de loza sanitaria, se rechaza la interpretación restrictiva según la cual se limitaría a los elementos fabricados con dicho material en el estricto sentido de la expresión. A ello conduce la consideración de que en el lenguaje coloquial se entiende genéricamente por loza sanitaria el conjunto de lavabo, bidé, bañera e inodoro que conforman la pieza del cuarto de baño, con independencia del material en el que estén fabricados. Se da además la circunstancia de que las bañeras, si bien suelen estar recubiertas de loza, nunca son íntegramente de ese material por lo que a tenor de la interpretación de la aseguradora siempre estarían excluidas de cobertura y en consecuencia se considera fundada la queja en este aspecto, aunque no en el de los daños estéticos (Res. 11/2010).

El artículo 31 de las Condiciones Generales de la póliza, en su último párrafo y destacado en negrita, excluye expresamente de la cobertura de daños por agua, entre otros, “los gastos destacados, localización reparación de averías, que no produzcan daños indemnizables por esa garantía”. (Res. 18/2011). En otro caso, el siniestro origen de la reclamación tenía su causa en el deficiente estado de conservación de la instalación sanitaria del cuarto de baño, a consecuencia del cual se produjo la rotura del bote sifónico provocando manchas de humedad del piso inmediatamente inferior. Para reparar esa avería y evitar más humedades en la vivienda del vecino, era necesario cambiar el bote sifónico antiguo de plomo por uno de PVC, así como los tramos de tubería que desaguan en éste. Es cierto que, como se indicó al asegurado por el Departamento de Hogar, la sustitución de las tuberías que desaguan al bote sifónico no resulta de la cobertura de la póliza, toda vez que no han sufrido daño alguno, amén de que su reposición supone una mejora de la instalación. Sin embargo, no es menos cierto que esa sustitución se hace imprescindible desde el momento en que se cambia el bote sifónico donde las tuberías desaguan ya que el cambio de material (plomo por PVC) del bote hace necesario el cambio de material de los desagües para evitar nuevas averías. Por todo ello, dado que la sustitución de las tuberías de desagüe es consecuencia directa de la sustitución del bote sifónico averiado, debe primar la interpretación más amplia, y entender que a la sustitución de los desagües les alcanza la cobertura de la avería del bote, de la cual no se puede desligar, y por tanto debe abonarse con cargo a la póliza concertada (Res. 23/2011).

17. El principio de la “buena fe”

El Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente ha atendido en más de una ocasión al principio de la buena fe o, si se prefiere, del “juego limpio” (fair play) en las relaciones entre las partes en el contrato de seguro. En un caso atípico, la confusión de los servicios de la compañía acerca de los daños reparables, que estaban perfectamente definidos en el parte inicial del asegurado, se zanjó a favor de éste. Aunque la solución correcta hubiera sido otra, sin embargo se había producido una situación anómala provocada por la propia aseguradora que ha incurrido en un error de inter-

justifica el recordatorio de la sugerencia. En el ámbito del Seguro de Hogar, algunas reclamaciones han suscitado la conveniencia de minimizar, en lo posible, las demoras y cuidar el trato por parte de las empresas colaboradoras con los asegurados.

Tan solo me resta señalar que en el ejercicio 2018 ha continuado aplicándose el protocolo ya iniciado con anterioridad, dirigido a la más eficiente satisfacción, sin necesidad de formal resolución, de aquellas reclamaciones que se muestran manifiestamente provistas de fundamentación suficiente. En tales casos, el Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente ha transmitido directamente su criterio estimatorio a las áreas de gestión afectadas, que así han podido atender con prontitud, y sin necesidad de que se dictara resolución formal, la solicitud del reclamante.

Madrid a 22 de enero de 2019

Juan Cadarso Palau

pretación, persistiendo en él a pesar de los reiterados intentos del asegurado por aclararla, con el resultado de un incumplimiento de la obligación de indemnizar y, por tanto, “a ella le corresponde asumirlo con toda normalidad”, abonando la indemnización correspondiente más los intereses de demora (Res. 26/2010).

En otro caso, una información errónea de la compañía sobre el lugar adecuado para la reparación de los daños sufridos por el vehículo con ocasión de un accidente en Portugal determinó igual decisión en favor del asegurado (Res. 32/2010). Algo análogo sucedió también en el caso contemplado por la Resolución 37/2010: el siniestro rechazado se comunicó dentro del mes de gracia que concede la ley, una vez producido el impago de la prima correspondiente al mes de junio y la aseguradora dirigió una carta al asegurado reclamándole el pago y comunicándole que el recibo se mantendría pendiente hasta el 31 de julio, fecha en la cual de no realizarse, se procedería a la anulación de la póliza, así que como el 9 de ese mismo mes fue abonada la prima de junio, “la compañía no puede ir contra sus propios actos” y debe aceptar el pago como realizado en el plazo concedido y rehabilitar la cobertura de la póliza a la fecha inicial en que se produjo la suspensión.

Otros dos casos han consolidado esta tendencia. En uno de ellos, la prima inicial se había establecido de forma pormenorizada en las Condiciones Generales de la Póliza, por lo que se decidió que la compañía debía limitarse al cobro de esas cantidades pactadas y de ninguna otra (eventuales deudas pendientes generadas por el aseguramiento del anterior vehículo), asumiendo así las consecuencias de su propio error (Res. 32/2013). El error en la determinación del primer tipo de vehículo asegurado que se produjo en el momento mismo de la contratación fue cometido por la compañía, por lo que debía ser ésta la que asumiera las consecuencias de sus propios actos. (Res. 34/2013).

18. Vía judicial y Defensor del Asegurado

Habiéndose comprobado la existencia de actuaciones judiciales promovidas a instancia del reclamante ante el Juzgado de Instrucción de Jaca, cuyo objeto era el mismo que el de la reclamación planteada ante el Defensor, era evidente que esta no podía admitirse a trámite. En efecto, el número 3 apartado b) del artículo 12, del Reglamento para la Defensa del Mutualista, del Asegurado y del Cliente del Grupo Mutua Madrileña Automovilista establece como causa de inadmisión, entre otras, que la reclamación deducida se encuentre pendiente de resolución o litigio, o haya sido resuelta por órganos administrativos, arbitrales o judiciales (13 mayo 2013).

En un caso de concurrencia de conflicto de intereses, al ser asegurados de la compañía los dos conductores implicados en el accidente, que recíprocamente se atribuían la exclusiva responsabilidad de los hechos en ausencia de toda prueba, se declaró la falta de competencia del Defensor para dirimir tal controversia, para la que quedaba abierta la vía judicial, no sin antes informar a la reclamante de su derecho a la libre elección de letrado, conforme se previene legalmente para el caso de conflicto de intereses (Res. 19 y 27/2017).

III. CRITERIOS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Una parte destacada de las reclamaciones planteadas durante el ejercicio concernía a cuestiones estrictamente técnicas o de valoración económica que exceden de las competencias del Defensor, y así se ha advertido.

A propósito de la respuesta motivada a que se refiere el artículo 7.4 del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor, se aconsejaba evitar la escueta mención “informe pericial”, consignando en su lugar con el pormenor suficiente, información que permita al perjudicado conocer la razón que motiva la posición de la compañía. Se puede observar que la recomendación ha sido atendida en términos generales, por más que residualmente siga presentándose algún caso puntual, derivado de procedimientos iniciados con anterioridad, que