

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 2020

SUMARIO

I. DATOS ESTADÍSTICOS

II. LAS RESOLUCIONES DEL DEFENSOR

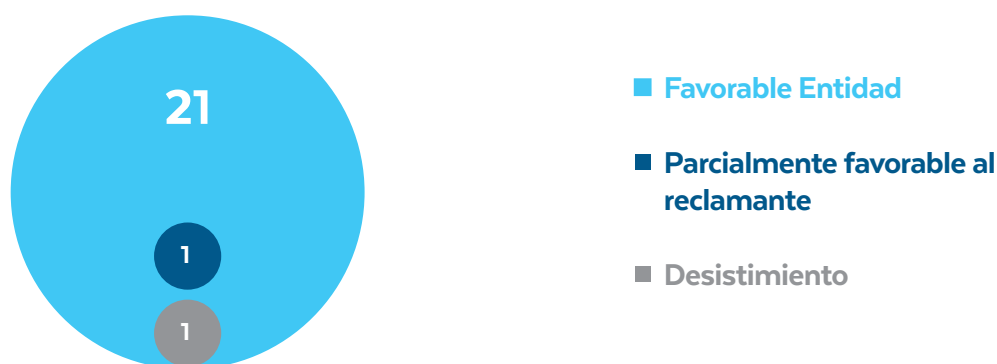
III. CRITERIOS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

I. DATOS ESTADÍSTICOS

El Defensor del Mutualista, Asegurado y Cliente ha conocido durante el año 2020 un total de 23 reclamaciones.

En cuanto al resultado de dichas reclamaciones, se ha de consignar que 21 (91,30%) de ellas han resultado con decisión favorable a la compañía; una (4,35%) ha terminado con resolución parcialmente favorable al reclamante, y otra (4,35%) fue desistida sin necesidad de pronunciamiento por el Defensor. Respecto de este último caso, es oportuno advertir que el desistimiento vino facilitado gracias a la solución dada a las cuestiones planteadas por las respectivas unidades de gestión en la fase de instrucción, lo que ha contribuido a una mayor agilidad y eficiencia del proceso, oportunamente concluido sin necesidad de dictar resolución formal.

EXPEDIENTES DE RECLAMACIÓN ANTE EL DEFENSOR DEL MUTUALISTA, ASEGURADO Y CLIENTE



En lo relativo a las sociedades del Grupo Mutua Madrileña Automovilista, como se muestra en la tabla nº 1, el volumen más alto de reclamaciones presentadas correspondió a Mutua Madrileña Automovilista, debido a su mayor nivel de actividad respecto al resto de sociedades del Grupo. En concreto, el 95,65% de las reclamaciones (22) correspondieron a Mutua Madrileña Automovilista y el 4,35% (1) a Mutuactivos Inversiones A.V., S.A.U.

En 2020 no hubo reclamaciones respecto de la actividad de Mutuactivos, S.A.U., S.G.I.I.C. ni de Mutuactivos Pensiones, S.A.U., S.G.F.P.

TABLA N° 1

ENTIDAD	N° DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña Automovilista	22
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	23

Dentro de las áreas de las diferentes entidades del Grupo Mutua Madrileña Automovilista, el 78,26% de las reclamaciones afectaron a Gestión de Siniestros, siendo el desglose el siguiente:

TABLA N° 2

ENTIDAD	ÁREA / DEPARTAMENTO	N° DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña Automovilista	Gestión Siniestros Autos	12
	Gestión Siniestros Multiriesgo	6
	Producción	2
	ACM / Asistencia	1
	Vida	1
Mutuactivos Inversiones A.V. S.A.U.	Fondos de inversión	1
TOTAL		23

Como puede observarse en la tabla n° 3, los motivos de las reclamaciones siguen incidiendo mayoritariamente en torno a la cobertura de las pólizas suscritas.

TABLA N° 3

ENTIDAD	MOTIVO / OBJETO DE LA RECLAMACIÓN	N° DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña Automovilista	Disconformidad con la valoración de la indemnización	13
	Rechazo o rehúse del siniestro (se incluyen los parciales)	3
	Falta de información o información incorrecta (todos los procesos)	3
	Aumento / Subida de prima	1
	Otros	2
Mutuactivos Inversiones A.V. S.A.U.	Falta de información o información incorrecta	1
TOTAL		23

II. LAS RESOLUCIONES DEL DEFENSOR

En este apartado se ofrece una muestra organizada y sistematizada de las resoluciones del Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente en los casos tratados durante 2020, con objeto de proporcionar una perspectiva completa. Como criterio de ordenación de estas, parece útil seguir básicamente la referencia que proporciona 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.

1. LA PRIMA O CUOTA ANUAL (PRECIO DEL SEGURO)

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 en torno a los cuales gira el contrato de seguro. No puede extrañar, por tanto, que nos encontremos con reclamaciones sobre el incremento de la cuota anual que corresponde abonar a cada asegurado. La cuota anual 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.

Las Condiciones Generales y Particulares de la póliza que regulan el contrato de seguro establecen que para sucesivas prórrogas del contrato la prima podrá actualizarse teniendo en cuenta: (i) criterios actuariales, (ii) estadísticas e historial de siniestralidad, (iii) modificaciones de garantías u otros elementos del contrato (vehículo, domicilio, etc.) que supongan la agravación o disminución del riesgo, (iv) edad y otras circunstancias subjetivas del conductor. Siendo la prima un elemento esencial del contrato de seguro, cualquier modificación de esta comporta una novación, cuya validez requiere el concurso de la voluntad de ambos contratantes. En consecuencia, 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, con el consiguiente aumento de prima en el primer caso, de tal forma que el interés del asegurado queda protegido, en caso de desacuerdo, mediante la posibilidad de no renovación de la póliza.

Lo que no se establece en el contrato es la obligación de desglosar y detallar los cálculos que, en función de múltiples y heterogéneos factores, pueden determinar la cuantía de esa revisión, por lo que no resulta admisible la comparación con otros contratos, aunque se trate de un mismo producto, ya que las circunstancias subjetivas de cada uno de ellos difieren de uno a otro, lo que determina una diferente incidencia en el importe de las primas resultantes para cada anualidad. (Resolución 04/2020).

Los criterios a tener en cuenta, y la metodología de cálculo de las primas aplicables en cada contrato, pertenecen al ámbito de la libre competencia en el mercado de seguros, sin que en la disciplina legal reguladora de las actividades de producción, comercialización y contratación de seguros exista obligación que imponga a la compañía justificar o explicitar los mencionados elementos o factores que, como se ha dicho, incumben a su libre iniciativa de decisión y estrategia empresarial.

En alguna ocasión la reclamación versó sobre la operativa de cobro de la prima. En la Resolución 7/2020, el asegurado consideraba insuficientemente circunstanciado el justificante del adeudo bancario de la prima emitido por la entidad, lo que no pudo prosperar por cuanto en dicho documento constaban todos los datos precisos para identificar la deuda contractual saldada con el pago. La Resolución precisó que la propia mecánica de la domiciliación bancaria de los pagos prevista en el contrato identificaba de forma suficiente los pagos realizados. Pretendía también el reclamante la emisión de factura, lo que no mereció acogida porque constituye una exigencia legalmente circunscrita al ámbito fiscal, y en particular al del Impuesto sobre el Valor Añadido, gravamen del que las operaciones de seguro están precisamente exentas. A mayor abundamiento, existía constancia de que, además del recibo emitido, la entidad había enviado un duplicado con los datos personales del asegurado, del vehículo, número de la póliza, fechas de inicio y fin del contrato, y del importe de la prima con el desglose de los conceptos correspondientes a la cobertura, a la tasa del Consorcio de Compensación de Seguros y a los impuestos.

2. ÁMBITO DE LA COBERTURA

En el caso de la Resolución 2/2020 se formulaba reclamación por disconformidad con el abono del importe correspondiente a la franquicia contratada en todos los siniestros sin contrario que habían sido declarados. El reclamante aducía que no se le había informado de tal circunstancia hasta la recogida del vehículo en el taller. La reclamación no pudo ser acogida, habida cuenta de que, conforme a las previsiones de las Condiciones Generales y Particulares del contrato, el asegurado no puede ignorar que por cada hecho con producción de daños ha de formalizarse una declaración de siniestro, y que la franquicia pactada en las Condiciones Particulares es de aplicación a todos los siniestros declarados.

En la Resolución 1/2020 se trató un siniestro de hogar por incendio en la vivienda en el que el asegurado se mostraba disconforme con la valoración de los elementos dañados (cuestión de valoración ajena a las competencias del Defensor). Reclamaba también por daño moral e inhabilitabilidad. El coste por alojamiento en un hotel no pudo ser reconocido, simplemente, por falta de la precisa prueba que al asegurado incumbía aportar. En cuanto al daño moral, la reclamación tampoco pudo prosperar por ser dicho tipo de daño ajeno a la cobertura, circunscrita a la dimensión estrictamente patrimonial, *“pérdida de ingresos o desembolsos”*.

En la Resolución 20/2020 se reclamaba, al amparo de la póliza de hogar contratada, la indemnización por la pérdida de un ordenador portátil como consecuencia de un fallo eléctrico. La póliza contemplaba como objeto de cobertura de *“Daños Eléctricos”*, los daños por subidas o bajadas de tensión y cortocircuitos que afecten a los aparatos eléctricos o electrónicos, si se ha asegurado el contenido. No obstante, se establecía expresamente que no tendrán la consideración de contenido, entre otros, los ordenadores y consolas portátiles. El claro tenor de esa cláusula delimitadora del riesgo impedía acoger la reclamación.

En la Resolución 22/2020 la reclamación se deducía al amparo de un contrato de MM Hogar Alquiler Propietario. La propietaria de una vivienda pretendía cobertura de defensa jurídica para reclamar a los inquilinos el resarcimiento de los daños causados en la vivienda, los adeudos por suministro y la penalización por abandono de la vivienda sin respetar el plazo de preaviso. La pretensión no tenía cabida, ni al amparo de la cobertura general de Protección Jurídica, inaplicable cuando entre el causante del daño y el asegurado media relación contractual, ni tampoco conforme a la específica para los inquilinos contratada, limitada al “Desahucio y Reclamación de rentas”.

En la Resolución 15/2020 se trataba de una póliza de seguro de vida, a cuyo amparo la asegurada reclamaba la aplicación de la participación en beneficios que en determinadas anualidades se le había dejado de abonar. Como quiera que en dichas anualidades no se habían generado beneficios, no podía prosperar la reclamación de participación en los mismos. El Condicionado General de la póliza era claro en cuanto a que la participación en cuestión presupone que los beneficios existan.

3. CLÁUSULAS RESTRICTIVAS

De manera uniforme y constante, la 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, debiendo ser destacadas de modo especial, y debiendo asimismo constar por escrito su específica aceptación. Todos estos requisitos, exigidos de forma rigurosa por nuestros Tribunales, aparecen cumplidos en los casos sometidos a la decisión del Defensor del Asegurado. En el caso decidido por la Resolución 6/2020, la facultad del asegurador de declarar la pérdida total del vehículo cuando el importe presupuestado de la reparación exceda del 100% de su valor venal, no solo figuraba en el condicionado general, sino que también se incluía en las Condiciones Particulares y en el Pacto Adicional suscritos por el asegurado.

Así también, la Resolución 10/2020 apreció que la limitación del importe de la indemnización por referencia al valor venal de las partes fijas y por el 80% del valor venal de los neumáticos reúne también los requisitos exigidos por nuestros Tribunales al estar recogida en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares específicamente suscritas por la asegurada, de conformidad con lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro. En el mismo sentido se pronunciaron, las Resoluciones 11/2020 y 19/2020.

4. LA DECLARACIÓN DE “SINIESTRO TOTAL”

Se trata de un supuesto recurrente en el 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 inmediatamente 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.

En la Resolución 6/2020, ya citada en materia de cláusulas restrictivas, se trataba de un siniestro en el que era de aplicación la cobertura de Incendio (daños propios). Se decidió que, en el caso contemplado, aplicaba lo previsto en el Pacto Adicional a las Condiciones Particulares, suscrito por el asegurado de conformidad con lo prevenido en el artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro, donde se confería al asegurador la facultad de declarar la pérdida total del vehículo si el valor de la reparación supera el 100% de su valor venal.

En la garantía de Robo del Vehículo Asegurado igualmente queda prevista la posibilidad de declarar la pérdida total si la valoración de los daños supera el valor venal. En la Resolución 19/2020, también citada en apartados anteriores, el asegurado discrepaba de la declaración de pérdida total del vehículo derivada del robo de diversos elementos o piezas del vehículo cuando este se encontraba estacionado en su plaza de garaje. La tasación de los elementos robados superaba el valor venal del vehículo, por lo que la declaración de pérdida total se estimó correcta. En el mismo sentido, las Resoluciones 20/2020 y 11/2020. En todos los casos se hizo especial reserva de la posibilidad de sustanciar las discrepancias valorativas por el cauce pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

5. EL TRÁMITE PERICIAL Y LA NECESIDAD DE ACUDIR A UN PROCEDIMIENTO JUDICIAL

A la hora de verificar si se ha producido el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, no es infrecuente la discrepancia entre asegurado y aseguradora acerca del origen de los daños y, en particular, si son o no consecuencia de los hechos declarados.

La discrepancia entre la versión del asegurado, consignada en el parte de siniestro, y la que resulta del informe de los peritos de la aseguradora en cuanto al origen de los daños, constituye una cuestión puramente técnica que requiere la intervención de expertos, y con tal finalidad está configurado el “trámite pericial” previsto en la Ley de Contrato de Seguro y en las Condiciones Generales de la Póliza. Tal es el criterio constantemente aplicado por el Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente del Grupo Mutua Madrileña Automovilista. En esta línea, puede mencionarse la Resolución 3/2020, sobre la discutida relación entre los daños reclamados en el airbag y el siniestro declarado de tentativa de robo del vehículo asegurado.

De la misma índole era la cuestión planteada en la Resolución 8/2020, acerca de la relación causal entre la anomalía en el funcionamiento del aire acondicionado y el robo del vehículo asegurado.

En la Resolución 18/2020 se estimó igualmente procedente el recurso, en su caso, al cauce pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro para dirimir la cuestión puramente técnica de idoneidad de la reparación efectuada, o si lo procedente en su lugar, era la sustitución de la pieza dañada.

En el caso de la Resolución 21/2020, la discrepancia versaba sobre la relación causal de determinados daños producidos en los amortiguadores con la dinámica del siniestro declarado, consistente en la colisión de las ruedas del vehículo con un bordillo de acera. La cuestión debía igualmente dirimirse por el cauce señalado en las anteriores resoluciones.

En el caso de un seguro de hogar, la Resolución 23/2020 aplicó el mismo criterio a la discrepancia suscitada sobre si el desprendimiento de parte de un falso techo resultaba de filtraciones de agua fortuitas por el solado de la terraza, o bien si tenía su causa en la falta de mantenimiento.

En los casos de robo en la vivienda asegurada es igualmente frecuente la controversia sobre la preexistencia y valoración de los objetos sustraídos, en ausencia de un inventario previo incorporado a la póliza, sin que la determinación de la suma asegurada, que constituye un tope máximo, exima al asegurado de toda prueba, especialmente cuando no se trata de bienes ordinarios sino de joyas u objetos de especial valor; en tales casos, queda expedita la vía del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro y en su caso la vía judicial, como decidió la Resolución 14/2020. En el mismo sentido, la Resolución 13/2020.

6. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Sobre el régimen de Oferta y Respuesta Motivada del artículo 7 del Texto refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, las Resoluciones, 5/2020 y 9/2020, en supuestos de pérdida total del vehículo, apreciaron que las ofertas motivadas respectivamente trasladadas, consignaban con desglose y detalle suficiente el importe del valor venal del vehículo siniestrado y el porcentaje de valor de afección ofertado, adjuntándose a la propuesta el certificado del valor venal emitido por la empresa especialista. En ambos casos, se había agregado además al “valor venal” el llamado “valor de uso o afección” que, incrementando en un porcentaje el valor venal, viene a compensar los perjuicios y molestias ocasionados por la pérdida del vehículo y los gastos de adquisición de otro vehículo.

7. EL SEGURO DE DEFENSA JURÍDICA

En el caso decidido por la Resolución 12/2020, se reclamaba la cobertura de Defensa Jurídica – Reclamación de Daños para el ejercicio de acciones de reclamación contra un taller, sobre la base de que, con ocasión de la reparación de una avería, el operario había dañado uno de los inyectores, lo que hizo necesario el cambio del motor. La reclamación no pudo prosperar, porque el objeto de la cobertura de Defensa Jurídica – Reclamación de Daños en la póliza contratada se contrae a “los gastos que se produzcan en la reclamación frente a los responsables del accidente de circulación” y, la reclamación en cuestión no tenía su origen en un “accidente de circulación”, ni siquiera aplicando el concepto amplio de “hecho de circulación” que viene siendo acogido por nuestra jurisprudencia, en cuanto que la producción del daño no derivó de causas intrínsecas del propio vehículo, sino debido a la intervención o manipulación del vehículo por un tercero. Tampoco quedaba amparada esta reclamación –como asimismo pretendía el asegurado– por la garantía de Protección Jurídica contratada por el reclamante para asegurar los riesgos de su vivienda, en cuanto dicha garantía no puede ser extendida más allá de reclamaciones relacionadas con la vivienda, mobiliario o instalaciones pertenecientes a la misma. No obstante, en cuanto a la cobertura de daños propios contratada en la póliza de autos, se advirtió al asegurado la posibilidad de cursar una declaración de siniestro respecto de la cual se concluiría, tras la oportuna verificación técnica, la procedencia de la admisión o rechazo del siniestro declarado, en su caso.

La Resolución 6/2020, citada en apartados anteriores, decidió sobre la pretensión del asegurado de iniciar acciones contra el taller de reparación en que se incendió el vehículo asegurado, con objeto de reclamar la indemnización por la pérdida de bienes y enseres que, no siendo objeto del contrato, se encontraban en el interior del vehículo. La pretensión no pudo prosperar, dado que los daños reclamados no se habían producido en accidente de circulación, que era el objeto de la cobertura de Defensa Jurídica – Reclamación de daños.

8. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

En cuanto a la solicitud de reintegro de la prima en los supuestos de la suspensión del contrato por venta, cesión, baja o pérdida del vehículo, la Resolución 19/2020, ya mencionada a propósito del apartado de Siniestro Total, estimó carente de acogida posible la solicitud de reembolso de la cuantía no consumida por declaración de pérdida del vehículo, a tenor del principio de indivisibilidad de la prima, conforme al cual el asegurador soporta el riesgo en cada instante de la duración del contrato, y no por fracciones de tiempo, de modo que la parte de prima no consumida no se devuelve, pudiendo sin embargo descontarse su importe del que se tenga que abonar si –dentro del plazo máximo de 5 años que dura la suspensión– la póliza llega a rehabilitarse.

III. CRITERIOS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Una parte importante de las reclamaciones planteadas durante el ejercicio concernía a cuestiones estrictamente técnicas o de valoración económica que exceden de las competencias del Defensor, y por ello se ha recordado con reiteración la posibilidad que tienen los asegurados de acogerse al procedimiento pericial contradictorio que contempla el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

A propósito del régimen de Oferta y Respuesta Motivada a que se refiere el artículo 7 del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor, se ha destacado, en los supuestos de pérdida total del vehículo, la importancia de consignar de forma detallada y suficientemente desglosada el importe del valor venal del vehículo y el porcentaje de valor de afección ofertado, adjuntando a la propuesta el certificado del valor venal emitido por la empresa especialista certificadora. Cabe agregar lo que ya se señalaba en la memoria de anualidades anteriores, en

el sentido de recomendar, en supuestos de rechazo total o parcial, la inclusión de la información pericial con el pormenor suficiente que permita al perjudicado conocer la razón que motiva la posición de la compañía y disponer de los elementos de juicio necesarios para decidir la aceptación o rechazo de la oferta o respuesta trasladada.

Dada la importancia de la distinción entre las cláusulas delimitadoras del contrato que definen la cobertura y las cláusulas que limitan o restringen derechos a los asegurados, no sobra reiterar la necesidad de que las Condiciones Particulares del contrato sean específicamente suscritas por el tomador y estén formuladas con una redacción lo más clara y precisa posible.

En cuanto a los incrementos de prima que procedan, se recomienda continuar prestando especial atención, tal como cuida el procedimiento habitual de la entidad, a la necesidad de que se notifiquen con la antelación y las formalidades legalmente previstas.

En el ámbito del seguro de hogar, conviene insistir en la conveniencia -ya señalada en la memoria de la pasada anualidad- de cuidar especialmente la evitación de demoras no justificadas en la asistencia y en el trato directo de las empresas colaboradoras con los asegurados, así como la celeridad en aportar a los asegurados la información razonablemente adecuada de las conclusiones alcanzadas en los informes periciales llevados a cabo, particularmente en los casos en los que se produzca un rechazo total o parcial de la cobertura.

En cuanto a las discrepancias de los asegurados con la prestación de los servicios llevados a cabo por colaboradores de la entidad, y especialmente, en el marco de la prestación de una cobertura, se aconseja seguir aplicando un nivel reforzado de diligencia en la averiguación de las versiones de ambas partes, con el fin de facilitar la decisión y resolución de conflictos que de otro modo no tendrán más cauce de sustanciación que la vía judicial.

Procede asimismo hacer constar que en el ejercicio 2020 se ha continuado aplicando 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 25 de enero de 2021

Juan Cadarso Palau

Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente