

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 2021

SUMARIO

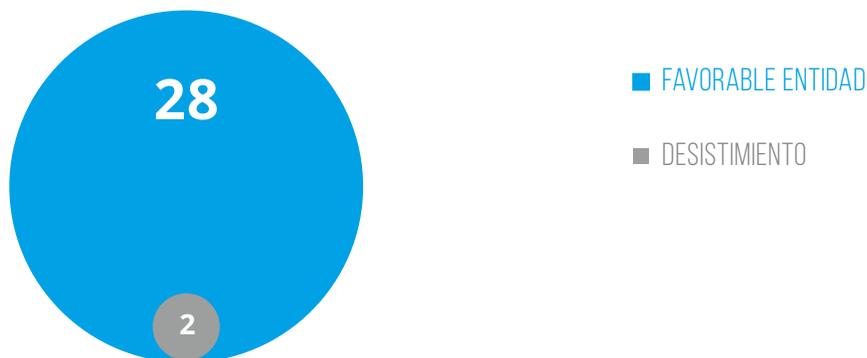
- I. DATOS ESTADÍSTICOS
- II. LAS RESOLUCIONES DEL DEFENSOR
- III. CRITERIOS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

I. DATOS ESTADÍSTICOS

El Defensor del Mutualista, Asegurado y Cliente ha conocido durante el año 2021 un total de 30 reclamaciones.

En cuanto al resultado de las dichas reclamaciones, se ha de consignar que 28 (93,33%) de ellas han resultado con decisión favorable a la compañía y en los dos casos restantes (6,67%), se produjo su desistimiento facilitado por 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, todas correspondieron a Mutua Madrileña Automovilista, debido principalmente a su mayor nivel de actividad respecto al resto de sociedades del Grupo.

En 2021 no hubo resoluciones respecto de la actividad de Mutuactivos Inversiones A.V. S.A.U., Mutuactivos S.G.I.I.C. S.A.U. ni Mutuactivos Pensiones S.A.U.

TABLA Nº 1

ENTIDAD	Nº DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña Automovilista	30
Mutuactivos Inversiones A.V. S.A.U.	0
Mutuactivos Pensiones S.A.U.	0
Mutuactivos SGIIC. S.A.U.	0
TOTAL	30

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 Nº 2

ENTIDAD	ÁREA / DEPARTAMENTO	Nº DE RECLAMACIONES RESUELTAS
Mutua Madrileña Automovilista	Gestión Siniestros Autos	7
	Gestión Siniestros Multiriesgo	15
	Producción	4
	Asistencia en carretera / servicios de AutoClub	2
	Vida	2
TOTAL	30	

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 Automovilista	Disconformidad con la valoración de la indemnización	14
	Rechazo o rehúse del siniestro (se incluyen los parciales)	7
	Disconformidad con la reparación	2
	No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	2
	Alta / modificación de la póliza	1
	Falta de información / información incorrecta	1
	Otros	3
TOTAL	30	

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 2021, con objeto de proporcionar una perspectiva completa. Como criterio de ordenación, 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 COMO ELEMENTO ESENCIAL DEL CONTRATO. PAGO DE LA PRIMA Y EFECTOS DEL IMPAGO

La efectividad de 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.

La resolución del contrato por impago de la prima constituyó el objeto de la Resolución 15/2021. Se trataba de un seguro de autos. Tras la suscripción del contrato, se remitió el primer recibo de la prima, que fue devuelto impagado. La compañía informó de ello por dos veces a la asegurada. Pasados 45 días desde la fecha de efecto del recibo impagado, Mutua Madrileña comunicó a la asegurada la resolución del contrato quedaba resuelto con efectos desde la fecha de contratación. La reclamante se mostró disconforme con la resolución, alegando que había resultado sorpresiva para ella. La reclamación no pudo prosperar, a tenor de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley del Contrato de Seguro conforme al cual: *“Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación...”*. Asimismo, las Condiciones Generales del Contrato establecen que, *“en caso de impago de cualquiera de los recibos, Mutua Madrileña se lo notificará, permitiéndole pagar el importe del recibo impagado antes de que transcurran 45 días a contar desde su fecha de efecto, e indicándole que, de no efectuar el pago, el contrato quedará automáticamente resuelto”*. En lo que se refiere a la *“fecha de efecto”*, en las propias Condiciones Generales se dispone: *“para que este contrato tenga efecto, el recibo de prima debe haber sido pagado”*. No estaba justificada la sorpresa de la reclamante, una vez se le notificó la resolución del contrato al cabo de los 45 días de la fecha de efecto del recibo impagado.

Actualización de la prima en las sucesivas prórrogas del contrato. Las Condiciones Generales y Particulares establecen que 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.

El historial de siniestralidad constituye uno de los factores a ponderar para la revisión de la prima en las sucesivas renovaciones. Sobre el modo de computarla se suscitó la reclamación que fue objeto de la Resolución 18/2021. El reclamante sostenía que los partes de siniestro comunicados en cualquier momento dentro de una anualidad tenían que ser computados a efectos de la prima de la inmediatamente siguiente, sin posponer su cómputo a período ulterior a ésta. Tal planteamiento no podía ser acogido respecto de los partes de siniestro comunicados a partir del tercer mes de antelación al vencimiento de la anualidad de referencia. La razón estriba en que, por virtud de lo dispuesto en el artículo 22.3 Ley del Contrato de Seguro (LEY DE CONTRATO DE SEGURO), la compañía tiene que notificar al asegurado cualquier modificación en la prima con un preaviso de dos meses al inicio del nuevo período. Para poder cumplir con ello, una insoslayable razón operativa exige tener cerrados al menos un mes antes (es decir, antes del preaviso de dos meses) la recopilación de todos los datos a computar (mediante las correspondientes labores de cálculo y análisis). La Resolución entendió que ello constituía justificación objetiva y razonable para desestimar la reclamación que pretendía extender ese cómputo de las declaraciones de siniestro hasta el término final de la anualidad considerada.

2. ÁMBITO DE LA COBERTURA. EXCLUSIONES DEL CONTRATO

En las resoluciones analizadas a continuación, las reclamaciones planteadas cuestionaban la aplicación de las distintas cláusulas delimitadoras del riesgo incluidas en los contratos, según la propia

definición del objeto de la cobertura de la garantía en cada caso examinada, o bien concernían a las exclusiones pactadas.

En la Resolución 11/2021, se reclamaba, al amparo de la póliza de hogar contratada y bajo la garantía de “Fenómenos atmosféricos”, la indemnización de los daños en la cubierta protectora de la piscina causados por los fuertes vientos que se habían producido en la fecha del siniestro. Como quiera que la cubierta de la piscina y las lamas dañadas eran de policarbonato, resultaba clara la falta de cobertura, al establecer expresamente el condicionado de la póliza que *“no tendrán la consideración de continente, entre otros, las planchas de policarbonato situadas en el exterior de la vivienda”*.

En la Resolución 19/2021 se planteaba reclamación por el rechazo de la indemnización de los Air-Pods robados en la calle a la hija de la tomadora del contrato. La póliza incluía como objeto de la cobertura “Riesgos fuera del Hogar” las pérdidas directas derivadas de: atraco o expoliación fuera de la vivienda, de bienes que formen parte del mobiliario. Y expresamente establecía también -y ello fue determinante de la desestimación- que no tendrán la consideración de mobiliario *“los teléfonos móviles, PDA’s, ordenadores portátiles, agendas electrónicas, MP3, MP4, consolas portátiles, ebook, GPS, cámaras de fotos y cualquier otro dispositivo portátil electrónico”*.

En el caso de la Resolución 21/2021, el asegurado había comunicado en el mes de abril de 2021 daños por filtraciones en la vivienda asegurada, a consecuencia de la nevada “Filomena” ocurrida en el mes de enero anterior. Al amparo de la cobertura de “Fenómenos atmosféricos”, la póliza garantizaba los daños causados en los bienes asegurados directamente por pedrisco o nieve, pero en esa causalidad directa no se podían subsumir los daños indirectos, como en el caso eran los producidos por filtraciones de agua derivadas del deshielo posterior a la nevada. Tampoco tenía cobertura el daño estético que asimismo se reclamaba, porque, faltando la cobertura principal de “Fenómenos atmosféricos”, era inaplicable la accesoria de “Daños estéticos”, cuyo presupuesto es que se haya producido un siniestro garantizado por el contrato, lo que no ocurría en el caso resuelto.

En la Resolución 3/2021, el asegurado declaró humedades en el techo del cuarto de lavado de la vivienda. Se comprobó que la tubería afectada tenía mordeduras de roedores, por lo que se rehusó la reparación de los daños en la vivienda asegurada, no así los derivados de la responsabilidad civil. La reclamación por los daños en la propia vivienda no prosperó, dado que las Condiciones Generales y Particulares suscritas por el reclamante excluían expresamente los daños causados por roedores. Tal exclusión determinaba, asimismo, la no cobertura de los daños estéticos derivados de la fuga.

La Resolución 14/2021 versó sobre la disconformidad el asegurado con el rehúse de cobertura de daños estéticos consiguientes al siniestro de “Daños por agua” producido en su vivienda. La reclamación no pudo ser acogida, atendida la exclusión establecida tanto en las Condiciones Generales como en las Particulares para el caso de no existir armonía estética previa al siniestro, siendo así que la inspección pericial había verificado daños previos en la pintura de la estancia afectada.

3. CONTROVERSIAS DE ORDEN TÉCNICO Y SU APROPIADA SUSTANCIACIÓN POR EL CAUCE PERICIAL DEL ARTÍCULO 38 DE LA LEY DE CONTRATO DEL SEGURO Y EN SU CASO EN VÍA JUDICIAL

En un supuesto de daños propios en accidente sin terceros, que dio lugar a la Resolución 26/2021, la asegurada discrepaba del importe indemnizado en concepto del valor venal del vehículo, cuantificado por el perito tras la oportuna verificación. Consistiendo la controversia en una cuestión técnico-pericial o valorativa, se remitió al cauce previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro, porque requerir la aplicación criterios técnicos propios de expertos, contrastables en su caso mediante la práctica de la oportuna prueba en vía 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, como sucede también con el resultado de las reparaciones efectuadas a cargo de la entidad. 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 estrictamente 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 24/2021, que versó sobre un caso en el que la compañía rehusó una parte de los daños porque, según el informe del perito, no tenían su origen en el siniestro declarado.

En la Resolución 4/2021, la discrepancia versaba también sobre la relación causal de los daños en el módulo y batería del GPS, que el asegurado sostenía producidos en el mismo accidente inicial en que declaró daños en el techo y en la antena del vehículo, mientras que el perito de la compañía informó que se habían producido con posterioridad, de forma paulatina y gradual durante tiempo transcurrido entre la declaración del siniestro y la reparación de los daños. Dada la índole de la cuestión planteada, se señaló la posibilidad de acudir cauce del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

En el caso que motivó la Resolución 6/2021 el asegurado reclamó por lo que consideraba defectuosa reparación del vehículo siniestrado. Se había realizado una primera verificación pericial, con carácter previo al inicio de los trabajos de reparación, y al término de ésta una nueva verificación del trabajo llevado a cabo. Esta segunda verificación concluyó que la reparación era correcta y conforme a los estándares de calidad exigidos. Tratándose de una discrepancia de orden técnico-pericial, se remitió al cauce previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

En la Resolución 23/2021, después de una reparación efectuada a cargo de la Entidad, y una vez el vehículo hubo salido del taller, el reclamante comunicó que la llanta delantera izquierda no se había reparado correctamente. El informe pericial concluyó que el daño reclamado era consecuencia de un nuevo siniestro posterior a la reparación. Centrada la controversia en estos términos, se estimó igualmente procedente el recurso al cauce pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro. En el mismo sentido y en el caso de un seguro de hogar, en la Resolución 2/2021 en un siniestro de "Daños por agua", los reclamantes manifestaban evidentes discrepancias con la verificación y la valoración de los trabajos ejecutados por la empresa colaboradora que había realizado los mismos, con sus deficiencias y con la posterior subsanación. La resolución concluyó que, para la resolución de la discrepancia con la valoración de la tasación pericial y la indemnización fijada por la aseguradora al respecto, tratándose de una cuestión de orden técnico, el cauce procedente era el procedimiento de carácter arbitral previsto en el artículo 38 de Ley de Contrato de Seguro.

También en el ramo de Hogar la Resolución 16/2021 aplicó el mismo criterio a la discrepancia suscitada sobre la fecha en la que se habían producido las filtraciones en los techos de la vivienda asegurada. Siendo el objeto de la controversia la determinación de la fecha de producción del siniestro, de la que habría de depender la aplicación de la cobertura según fuera anterior o posterior a la contratación de la póliza, la cuestión remitía al dictamen técnico de expertos, a sustanciar por el cauce previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

En el mismo sentido, se estimó procedente el recurso al cauce del mencionado artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro en la Resolución 29/2021, en cuanto la controversia versaba sobre la fecha de producción las filtraciones en los techos de la vivienda, cuya indemnización reclamaba el asegurado al amparo de la cobertura "Fenómenos atmosféricos", mientras que el informe pericial indicaba que se habían producido durante un tiempo prolongado, resultando en daños por condensación debidos a la falta de ventilación.

En el caso de la Resolución 12/2021, la asegurada comunicó la existencia de una fuga de agua en la vivienda asegurada. Verificado el riesgo asegurado, el perito confirmó la fuga, pero al efecto de determinar la fecha de su producción inicial, solicitó a la asegurada las facturas de agua del riesgo asegurado del último año. Del examen de dicha documentación se desprendía que el exceso de consumo de agua había ya comenzado a manifestarse con anterioridad a la fecha de efecto del contrato de seguro, por lo que la compañía rehusó la cobertura. Como la discrepancia versaba, una vez más, sobre una cuestión de orden técnico, se remitió al cauce del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

En las Resoluciones 9/2021 y 27/2021, la reclamación se basaba en discrepancias valorativas respecto de las indemnizaciones ya satisfechas por la Entidad. En la primera de ellas, el asegurado mostraba su desacuerdo con el importe indemnizado por la sustitución del fregadero de la vivienda

asegurada. En la segunda, la disconformidad del asegurado se refería a los importes indemnizados en tres siniestros declarados en la misma fecha en distintas estancias de la vivienda asegurada. En ambos casos se indicó igualmente la procedencia del cauce previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

En las Resoluciones 17/2021 y 25/2021, se concluyó que, para dilucidar la controversia de los reclamantes, era necesaria la práctica de pruebas en el ámbito de un proceso judicial y conforme a los principios de contradicción e igualdad. En ambas resoluciones se comunicó el acceso a la vivienda asegurada por parte de terceros y el robo de distintos objetos. Tras la verificación pericial y la visita a los riesgos asegurados, en ambos casos la compañía acordó atender el siniestro al amparo de la cobertura de "Hurto", abonando la indemnización correspondiente. Uno y otro asegurado manifestaron su disconformidad, por entender que los hechos debían calificarse como Robo, e indemnizarse a tenor de esta cobertura. La controversia se centra en determinar si las circunstancias en las que se produjeron los hechos son compatibles con la definición de Hurto recogida en las Condiciones Generales del contrato como considera la Entidad, según las conclusiones del informe pericial, o si, por el contrario, las mismas son compatibles con la definición de Robo como refieren los reclamantes. Toda vez que la dilucidación de la controversia requería la práctica de las actividades probatorias adecuadas, en condiciones de contradicción e igualdad, no quedaba sino remitir para su resolución a la vía judicial correspondiente.

En la Resolución 28/2021, en un caso de Seguro de Vida con cobertura complementaria de invalidez, el asegurado reclamaba contra el rechazo de la prestación por la declaración de Invalidez Permanente Total para la profesión habitual. El rechazo se venía motivado por distintas exclusiones recogidas en las Condiciones Particulares suscritas, atendiendo a las declaraciones del asegurado en la contratación. Recabado un peritaje sobre las patologías del asegurado descritas en el Informe del Equipo de Valoración de Incapacidades a efectos de la Declaración de Incapacidad Permanente, se emitió un Dictamen Médico-Pericial en el que se destacó: (i) *"Que el cuadro clínico residual descrito en el informe del EVI describe patologías especificadas en la Cláusula Adicional como excluido de las garantías de la póliza, el riesgo de invalidez derivado de dichas causas. (ii) Que las otras patologías descritas en el cuadro clínico residual del EVI también eran previas a la contratación de la póliza, y por sí mismas no pueden considerarse como causas de Incapacidad Permanente Total, al no tener agotadas todas las posibilidades terapéuticas"*. No obstante, concluye la resolución que *"una valoración de ese juicio pericial excede de las competencias de este Defensor, en tanto que para ello son necesarios conocimientos científicos, técnicos o prácticos, cuya aplicación al supuesto controvertido ha de sustanciarse en su caso, con las debidas garantías procedimentales y de contradicción, en vía judicial"*.

4. SEGUROS DE DEFENSA JURÍDICA EN AUTOS Y DE PROTECCIÓN JURÍDICA EN HOGAR

El caso decidido por la Resolución 7/2021 versaba sobre la declaración de inviabilidad realizada por el Departamento de Defensa Jurídica. Disconforme con la decisión que le imputaba la responsabilidad del siniestro, el mutualista pretendía que Mutua Madrileña asumiera su defensa jurídica para la reclamación de daños frente al conductor del vehículo contrario y su aseguradora. El Departamento de Defensa Jurídica había comunicado al reclamante que, dada la existencia de atestado desfavorable, y no constando otras pruebas que permitan acreditar la responsabilidad del conductor del vehículo contrario, la reclamación judicial no se consideraba viable, sin perjuicio de que el mutualista pudiera acogerse, conforme al artículo 76 d) de la Ley del Contrato de Seguro, a la libre elección de letrado para continuar con la reclamación. La pretensión de que la Aseguradora asumiera la defensa jurídica no pudo ser estimada, por cuanto -como se dijo en la Resolución- *"el discernimiento de los elementos fácticos y jurídicos valorados por el Departamento de Defensa Jurídica para determinar la viabilidad o no de la reclamación se trata de cuestiones que sólo podrán sustanciarse, en su caso, en vía judicial, por el cauce procesal que corresponda, y mediante la práctica de las pruebas de que las partes puedan valerse y la autoridad judicial considere pertinentes"*.

En la Resolución 20/2021 el tomador del contrato solicitó a la aseguradora *"la autorización y el pago de los gastos de asistencia jurídica de un letrado de Bruselas (Bélgica) en relación con una citación judicial relativa a un proceso relacionado con la obligación de matriculación del vehículo en dicho país cuando éste indicaba que se encontraba circunstancialmente como turista en Bélgica"*. La reclamación no pudo prosperar, por cuanto la defensa pretendida no estaba relacionada -como exigen las Condiciones Generales- con un accidente de circulación garantizado por la póliza.

Faltaba asimismo la cobertura de protección jurídica en el caso que abordó la Resolución 13/2021, a propósito de una póliza del ramo de Hogar. El contrato, concertado en 2015, había quedado resuelto en febrero de 2019. La póliza de Hogar fue contratada en el año 2015 y el contrato fue resuelto en febrero de 2019. En septiembre de 2020, más de un año después de la terminación, la reclamante solicitó los gastos jurídicos por una lesión sufrida en 2016, como consecuencia una caída en la vía pública por el mal estado de la acera, habiendo recibido el alta médica en 2018. La pretensión carecía de cobertura, como estimó la Resolución, por cuanto las Condiciones Generales y Particulares del contrato excluyen de la garantía cuestionada *“los hechos que den lugar a la prestación de la cobertura de protección jurídica durante la vigencia del contrato que se declaren después de transcurrido un año desde la fecha de rescisión o anulación de este contrato”*. La resolución precisó que el plazo de comunicación mencionado había comenzado en el momento de producción de los hechos, por lo que ya se había extinguido (y con él la cobertura) cuando la asegurada lo comunicó a la compañía.

5. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

En la Resolución 22/2021 se planteó un caso de comunicación de no renovación del contrato, que la compañía comunicó al asegurado por burofax. El reclamante consideraba que tal comunicación carecía de efectos, puesto que él no la había recibido.

Quedó probado que la comunicación no pudo ser entregada por el Servicio de Correos al no encontrarse nadie en el domicilio señalado en el contrato en el momento de la entrega. Conforme al procedimiento dispuesto para estos casos, el Servicio de Correos dejó el correspondiente aviso en el buzón, para que el destinatario pudiese recoger la comunicación en la oficina de correos durante el plazo reglamentario, a cuyo término fue devuelta aquella a origen por no haberse presentado el interesado.

En tales circunstancias, la reclamación no podía prosperar, toda vez que, llegada la comunicación al ámbito de control del destinatario, constituye riesgo de este el despliegue de la actividad necesaria para recoger la comunicación y acceder a su contenido. El reclamante no alegó causa alguna de imposibilidad a él no imputable para recoger la comunicación cuestionada, que se tuvo por eficaz.

En la Resolución 10/2021, en un caso del Ramo de Vida, el reclamante había solicitado en julio de 2020 la cancelación de un contrato de 2014, solicitando la devolución de las cuotas abonadas, alegando disconformidad con las cláusulas del contrato, que no leyó hasta 2020. La reclamación no fue estimada. Desde el inicio del contrato (2014), el asegurado había venido pagando mes a mes la prima del seguro. Significaba ello una aceptación tácita que, aun en defecto de firma escrita, impide de todo punto, en términos jurídicos, que el asegurado que así actuó desconozca la existencia del contrato. La falta de firma del contrato afectará a la oponibilidad en su caso de las cláusulas limitativas del contrato, pero no a la validez del resto del clausulado que constituye contenido del contrato de seguro.

6. PRESTACIONES ASOCIADAS A LA TARJETA SOY

En relación con los servicios facilitados por la Entidad asociados a la Tarjeta SOY, que se prestan al margen del contrato de seguro sin formar parte de su objeto, la Resolución 5/2021 se ocupó de una reclamación relacionada con la asistencia y gestión de las sanciones de tráfico, motivada porque al entender de la reclamante se había notificado tardíamente la identificación del conductor al organismo sancionador. Quedó acreditado, y ello impidió la estimación de la reclamación, que cuando la mutualista comunicó el hecho al servicio de asistencia, quedaba un solo día para el vencimiento de los 20 concedidos para la identificación del conductor, por lo que obviamente se estaba en el caso contemplado por el artículo 10.2.1 de las Condiciones Generales de la tarjeta, conforme al cual *“Autoclub Mutua no garantiza la prestación de este servicio cuando se solicite por el Mutualista con menos de cinco días hábiles de antelación al vencimiento del plazo establecido para recurrir o formular alegaciones”*.

En la Resolución 30/2021, el Mutualista mostraba disconformidad con el resultado del dictamen médico – pericial efectuado en el centro psicotécnico asociado a Autoclub Mutua, efectuado para la renovación del permiso de conducir y a cuyos servicios había accedido el reclamante al amparo de las

ventajas que la compañía ofrece a los titulares de la Tarjeta SOY Platino. La Resolución advierte que la relación de colaboración con los centros asociados con Autoclub Mutua no condiciona, ni podría condicionar en manera alguna, la rigurosa independencia con que los facultativos de dichos centros desempeñan sus funciones con ocasión de la realización de las pruebas y reconocimientos que forman parte del llamado examen psicotécnico. No obstante, se informó al reclamante de la posibilidad que al interesado asiste de someter el informe psicotécnico en cuestión a contraste y discrepancia, en los términos del artículo 21 de la normativa reglamentaria aplicable (Real Decreto 170/2010, de 19 de febrero), aunque ello al margen de la cobertura de defensa jurídica de la póliza contratada y de las prestaciones de la Tarjeta SOY.

III. CRITERIOS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Como en años anteriores, 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. En otro aspecto, la resolución de otra parte de las reclamaciones requería la práctica de pruebas que únicamente pueden efectuarse en el ámbito estrictamente judicial, por lo que se ha remitido a su resolución por dicho cauce procesal.

Dada la importancia de las cláusulas delimitadoras de la cobertura, así las exclusiones y las limitaciones o restricciones de los derechos a los asegurados en la tramitación y posterior liquidación de los siniestros, no sobra reiterar la necesidad de que las Condiciones Particulares del contrato sean específicamente suscritas por el tomador, y que sean formuladas con una redacción lo más clara y precisa posible.

En cuanto a los incrementos de prima procedentes, se recomienda continuar prestando especial atención al proceso de notificación, con la antelación y con las formalizades legalmente previstas, tal y como viene siendo habitual en el procedimiento adoptado por la entidad. Esta misma recomendación se efectúa respecto a las resoluciones del contrato tramitadas por la compañía.

En el ámbito del seguro de hogar, merece subrayarse la conveniencia -ya indicada en la memoria del pasado ejercicio- de evitar de demoras no justificadas en la asistencia, así como transmitir con celeridad a los asegurados información razonablemente adecuada sobre las conclusiones alcanzadas en los informes periciales.

Procede asimismo hacer constar que en el ejercicio 2021 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 10 de enero de 2022

Juan Cadarso Palau

Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente