



- ◆ Trabajo realizado por el equipo de la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# 9.1 El seguro privado y el seguro público.

1ª Edición: Javier Iturrioz del Campo.

Actualización y ampliación: Rafael Moreno Ruiz.

## ÍNDICE

### 9.1.1. CONSIDERACIONES GENERALES.

### 9.1.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SEGURO PRIVADO.

- 9.1.2.1. Clasificación de los seguros privados.
- 9.1.2.2. Tipos de entidades aseguradoras privadas.
- 9.1.2.3. Aspectos institucionales y de funcionamiento de las entidades aseguradoras.
- 9.1.2.4. Elementos del contrato o póliza de seguro.
- 9.1.2.5. Las primas de los seguros.
- 9.1.2.6. La prestación de los seguros.
  - 9.1.2.6.1. La prestación por acaecimiento de la contingencia cubierta ( siniestro).
  - 9.1.2.6.2. La prestación por rescate.
- 9.1.2.7. El reaseguro y el coaseguro.

### 9.1.3. LOS SEGUROS PRIVADOS PERSONALES.

- 9.1.3.1. Los seguros personales de vida.
  - 9.1.3.1.1. Los seguros de vida para caso de muerte.
  - 9.1.3.1.2. Los seguros de vida para el caso de vida o supervivencia.
  - 9.1.3.1.3. Los seguros de vida mixtos y los seguros de «prima única».
  - 9.1.3.1.4. Los seguros de vida con participación en beneficios.
  - 9.1.3.1.5. Los seguros de vida combinados con fondos de inversión (“Unit Linked” e “Index Linked”).
  - 9.1.3.1.6. Los seguros de vida con gestión de fondos colectivos de jubilación.
- 9.1.3.2. Los seguros personales de accidentes,
- 9.1.3.3. Los seguros personales de enfermedad.
  - 9.1.3.3.1. Seguros de enfermedad en los que se garantiza el reembolso de gastos médicos.
  - 9.1.3.3.2. Seguros de enfermedad en los que se garantiza la prestación de asistencia sanitaria.

### 9.1.4. LOS SEGUROS PRIVADOS DE DAÑOS A LOS BIENES.

- 9.1.4.1. Características comunes de los seguros privados de daños a los bienes.
- 9.1.4.2. Los seguros de incendio, elementos de la naturaleza, robo y otros (incluidos los seguros agrarios).
- 9.1.4.3. Los seguros de mercancías transportadas.
- 9.1.4.4. Los seguros de vehículos (terrestres, mercancías y aeronaves).

### 9.1.5. LOS SEGUROS PRIVADOS PATRIMONIALES.

- 9.1.5.1. Los seguros patrimoniales de responsabilidad civil.
- 9.1.5.2. Los seguros de pérdida de beneficios o de lucro cesante.
- 9.1.5.3. Los seguros de crédito y de caución.

### 9.1.6. LOS SEGUROS PRIVADOS COMBINADOS O MULTIRIESGO.

### 9.1.7. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SEGURO PÚBLICO.

- 9.1.7.1. Los riesgos cubiertos por el Seguro Público.
- 9.1.7.2. La gestión de los riesgos cubiertos por el Seguro Público.
- 9.1.7.3. Las cotizaciones a la Seguridad Social.
- 9.1.7.4. Las prestaciones de la Seguridad Social.

# 9.1 El seguro privado y el seguro público

## 9.1.1. CONSIDERACIONES GENERALES.

El ser humano está continuamente afectado por una sensación de inseguridad o **incertidumbre**, causada por el hecho de que no conoce con certeza cuál va a ser el resultado que obtendrá con su esfuerzo, ya que:

1. No sabe si van a ocurrir o no los acontecimientos que, en alguna medida, condicionarían el resultado de su actividad.
2. Caso de que finalmente ocurran dichos hechos, no sabe con certeza cuándo van a acaecer, cómo van a presentarse, o bien, cuáles van a ser sus consecuencias económicas.

Además, es evidente que la incertidumbre no sólo está presente en la mayoría de las actividades desarrolladas por el hombre, sino que también alcanza a su salud y su supervivencia y a las de su familia, a sus bienes y derechos, a sus deudas, etc.

La incertidumbre relevante a efectos del seguro es la **objetiva**, que no depende del individuo que se enfrente a la situación dependiente de algún fenómeno aleatorio. Se le denomina **riesgo**; aunque frecuentemente se habla de **“los riesgos”**, en plural, para referirse a las manifestaciones de los fenómenos que conllevan una incertidumbre objetiva. No se puede evitar o eliminar; tan sólo se puede medirla lo mejor posible (mediante la correspondiente probabilidad de acaecimiento) y prevenir las consecuencias económicas que pudiera ocasionar.

Los riesgos pueden ser clasificados según múltiples criterios. Según cuáles sean sus consecuencias caso de acaecer, es posible distinguir los siguientes tipos de riesgos:

- a) **Riesgos personales:** aquéllos que tienen efectos directos sobre la salud, la integridad física, o la vida de las personas.
- b) **Riesgos patrimoniales:** aquéllos cuyas consecuencias recaen sobre los bienes o los derechos de las personas, como el de incendio o el de inundación de la vivienda, el de robo del vehículo, el de pérdida de una cosecha por inundaciones o por otro elemento de la naturaleza, el de insolvencia del deudor (que supone la pérdida del derecho de cobro que ostenta frente a él su acreedor), etc.
- c) **Riesgos de responsabilidad:** aquéllos que, al producirse, suponen un incremento de las deudas de las personas que sean responsables civiles de daños sufridos por otras personas, sea cual sea ese tipo de responsabilidad civil (la del profesional, la del cazador, la derivada del uso y circulación de vehículos a motor, la del propietario, la del cabeza de familia, etc.). Estos riesgos acaecen, por tanto, cuando dichas personas (el profesional, el propietario, etc.) sean judicialmente declaradas responsables civiles de dichos daños, habiéndose producido previamente la reclamación de una indemnización por parte de los perjudicados. En realidad, también son riesgos patrimoniales, en el sentido de que afectan al patrimonio neto del individuo disminuyéndolo, no por pérdida de activos de su propiedad, sino por aumento de sus deudas. Sin embargo, conviene considerar por separado estos riesgos porque su cobertura a través de la institución del seguro origina contratos de seguro con características diferenciales respecto de los contratos de seguro de daños a los bienes (que cubren riesgos patrimoniales, o de la clase anterior).

Por otra parte, según que el riesgo, al acaecer o producirse, sólo pueda conllevar consecuencias negativas, o también positivas, se puede distinguir entre:

- a) **Riesgos puros:** aquéllos que sólo pueden dar lugar a consecuencias económicas negativas (pérdidas).
- b) **Riesgos especulativos:** aquéllos que son susceptibles de producir tanto consecuencias económicas negativas (pérdidas) como positivas (beneficios) a los individuos que se encuentran expuestos a ellos. Cualquier juego de apuestas es en sí un riesgo (especulativo), pues puede producir tanto ganancias como pérdidas al jugador.

Ante los riesgos (ante la incertidumbre, por tanto), con el fin de aminorar su desfavorable influencia, los individuos y las organizaciones pueden, con carácter general, adoptar tres tipos de **medidas**:

- a) **Medidas de evitación del riesgo**, dirigidas a eliminar sus causas.
- b) **Medidas de prevención del riesgo:** pese a que muchas veces no cabe la posibilidad de adoptar medidas que eliminen las causas productoras del riesgo (es decir, los fenómenos aleatorios), normalmente sí que se podrán emplear medidas de prevención que limiten las posibilidades de acaecimiento (como, por ejemplo, las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, que reducen las posibilidades de que se produzcan determinados accidentes y enfermedades profesionales).
- c) **Medidas de previsión**, que disminuyen los efectos económicos negativos que los riesgos podrían suponer en el caso de que efectivamente acaeciesen (por lo que, con carácter general, sólo cabe adoptarlas frente a los riesgos puros). Concretamente, las medidas de previsión pueden actuar de dos formas:
  - 1) Preparando (constituyendo) los capitales necesarios para absorber o compensar las pérdidas que, previsiblemente, tendría que soportar el individuo al producirse los riesgos. De esta forma procede el **ahorro**, o **instrumento de previsión exclusivamente financiera** (sin componente actuarial).
  - 2) Transfiriendo las consecuencias económicas negativas de los riesgos (no los propios riesgos, que como tales son intransferibles) a otra persona, que las asume (las soporta). De esta forma procede el **seguro**, o **instrumento de previsión actuarial** (o financiero-aleatoria), que requiere una agrupación de sujetos cuya vida, salud, integridad física, bienes o derechos están expuestos a riesgos más o menos homogéneos; colectivo de asegurados que debe ser suficientemente numeroso como para que opere la **ley estadística de los grandes números** y se compensen los costes que importarán los riesgos asegurados que efectivamente acaezcan -los siniestros-, con los beneficios que supondrán los que no lleguen a realizarse o acaecer y que, por tanto, no originen una transferencia de pérdidas al sistema por parte de los correspondientes sujetos asegurados.

La persona que soporta las consecuencias económicas negativas de los riesgos es la entidad aseguradora, que realiza las funciones imprescindibles para el funcionamiento del sistema de seguro: el proceso de agrupación de riesgos y de transferencia y reparto de las consecuencias económicas negativas que supongan al sistema los que acaezcan; y la función complementaria de inversión de los recursos financieros acumulados en dicho proceso hasta que tenga que disponerse de los mismos para hacer frente a las prestaciones garantizadas en los contratos (con lo que también se contará con los rendimientos obtenidos de dichas inversiones).

No obstante lo dicho, algunas modalidades de seguros de vida consisten en contratos de muy largo plazo y tienen un importante componente de ahorro, por lo que constituyen alternativas de colocación de recursos financieros (es decir, **inversiones financieras**) para los individuos y las familias.

En cuanto al **mercado del seguro**, el grado de penetración de esta industria en la economía española<sup>1</sup> se sitúa, a finales de la década de los 90, en torno al **5 por ciento**, un valor similar al que dicho indicador macroeconómico alcanzó en Italia y Portugal, pero inferior al que tuvo en otros países como:

- Suecia y Bélgica: entre el 5 y el 6 por ciento.
- Francia, Holanda, Alemania e Irlanda: entre el 6 y el 10 por ciento.
- El Reino Unido y Suiza: más del 10 por ciento.
- Luxemburgo: casi el 25 por ciento.

La relativamente pequeña contribución del seguro al producto interior bruto español pone de manifiesto que, a pesar del crecimiento sostenido que ha experimentado este sector en los últimos años, cuenta aún con importantes potencialidades de desarrollo.

En cualquier caso, el desarrollo de la industria del seguro requiere, en primer lugar, que la actitud dominante sea la de aversión al riesgo, pues, como se ha dicho más arriba, el seguro es un servicio que proporciona seguridad ante fenómenos aleatorios cuyo acaecimiento produce consecuencias económicas negativas. Pero, como esta característica está, con carácter general, presente en las sociedades contemporáneas, el factor que se puede señalar como determinante en el grado de desarrollo del seguro (aunque otros muchos también influyan en alguna medida) es el grado de desarrollo económico y de bienestar, puesto que se trata de una necesidad no primaria y, por otra parte, cuanto más compleja es una sociedad, mayores son el número y la variedad de riesgos que afectan a los individuos y a las organizaciones.

Por otra parte, el **sector asegurador español** se ha caracterizado históricamente (y aún hoy) por el reducido tamaño de sus empresas, lo que ha dificultado la competitividad de las mismas en los mercados internacionales, cada vez más dominados por grupos de gran dimensión con importantes economías de escala.

Además, el mercado español ha estado bastante cerrado a la competencia exterior, dado que la legislación de seguros privados vigente hasta la promulgación de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, prohibía a los residentes asegurarse, salvo para contados riesgos, en empresas que no operaran en el mercado español (y las que operaban eran, todas ellas, entidades españolas o sucursales de empresas extranjeras autorizadas por el organismo de control español).

Hoy está consolidándose progresivamente el predominio de los grupos aseguradores, la mayoría de ellos controlados por entidades bancarias españolas o por empresas o grupos aseguradores extranjeros (salvo el primer grupo asegurador del mercado, que es dominado por una mutualidad).

En este sentido, se puede observar como cada vez más se extiende la idea global de **banca-seguros**, consistente en la utilización de la red comercial de los bancos, cajas de ahorro y cooperativas de crédito para ofrecer productos de seguro emitidos por entidades aseguradoras con las que están integradas en un mismo grupo empresarial. La finalidad de esta política es tener la capacidad de ofrecer un abanico lo más amplio posible de productos financieros (especialmente de previsión) a los clientes.

## 9.1.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SEGURO PRIVADO.

### 9.1.2.1. Clasificación de los seguros privados.

Los seguros se pueden clasificar en función de diferentes criterios como el **riesgo asegurado**, la **naturaleza jurídica del asegurador**, etc. Además, hay que distinguir entre los seguros privados y los denominados seguros sociales o previsión social desarrollada por sistemas de Seguridad Social.

En este capítulo se presta especial atención a los seguros privados, por tratarse, en ciertos casos, de una fórmula de ahorro o inversión, aunque también se tratan en el último apartado los seguros sociales (especialmente desde su perspectiva fiscal).

Como su nombre indica, los **seguros privados** son de iniciativa privada y, por tanto, independientes o complementarios de la Seguridad Social.

En función de los riesgos cubiertos, los seguros privados pueden clasificarse en seguros personales, **seguros patrimoniales** (incluidos los de responsabilidad) y seguros combinados. Las diferentes modalidades de seguros privados, comprendidas dentro de tipos anteriores, son analizados posteriormente.

**TIPOS DE SEGUROS PRIVADOS.****1. SEGUROS PERSONALES.****1.1. Seguros de vida.**

- 1.1.1. Seguros para caso de muerte.
- 1.1.2. Seguros para caso de vida o supervivencia.
- 1.1.3. Seguros mixtos (incluidos los de prima única).
- 1.1.4. Seguros con participación en beneficios.
- 1.1.5. Seguros de vida combinados con fondos de inversión ("unit linked" e "index linked").

**1.2. Seguros de accidentes.****1.3. Seguros de enfermedad.**

- 1.3.1. Seguros en los que se garantiza el reembolso de gastos médicos.
- 1.3.2. Seguros en los que se garantiza la prestación de asistencia sanitaria.

**2. SEGUROS DE DAÑOS A LOS BIENES.****2.1. Seguros de incendio, elementos de la naturaleza, robo y otros (incluidos los seguros agrarios).****2.2. Seguros de mercancías transportadas.****2.3. Seguros de vehículos (terrestres, marítimos y aeronaves).****3. SEGUROS PATRIMONIALES.****3.1. Seguros de responsabilidad civil.****3.2. Seguros de lucro cesante o de pérdidas pecuniarias diversas.****3.3. Seguros de crédito y de caución.****4. SEGUROS COMBINADOS O MULTIRIESGO.****9.1.2.2. Tipos de entidades aseguradoras privadas.**

Las entidades privadas que pueden actuar como aseguradoras (según la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados) son: las sociedades anónimas de seguros, las mutualidades o mutuas de seguros, las sociedades cooperativas de seguros y las mutualidades o mutuas de previsión social.

Las **sociedades anónimas de seguros** son empresas cuyo capital social está dividido en acciones. La propiedad de las mismas es independiente de la condición de asegurado o tomador de un seguro; y la toma de decisiones, así como el reparto de beneficios, se realizan en función de la participación en el capital social.

Las **mutualidades o mutuas**, tanto de seguros como de previsión social, y las **sociedades cooperativas de seguros**, son entidades aseguradoras cuya característica principal es que los asegurados adquieren la condición de socios, asumiendo derechos y obligaciones de contenido político y económico en la propia entidad y en su actividad de previsión. Además, en la toma de decisiones, todos los socios o mutualistas actúan en igualdad de condiciones (un voto por mutualista). En cuanto a la distribución de resultados, una vez cubiertos los requisitos recogidos en la legislación vigente, se realiza en función de la participación en la actividad de la mutua (prima pagada).

Además, en el caso de las mutuas y las sociedades cooperativas de seguros, la legislación de ordenación del seguro privado distingue entre las que operan a **prima fija** y las que operan a **prima variable**, diferenciándose principalmente en que mientras en las primeras la prima es conocida y se paga al principio del período de cobertura (como en las sociedades anónimas), en las segundas la cobertura de los riesgos asegurados se realiza mediante el cobro de derramas a los socios con posterioridad a la ocurrencia del suceso.

En las mutuas y sociedades cooperativas de seguros a prima fija, si las prestaciones exceden de las primas recaudadas la mutua responde con su patrimonio, mientras que en la modalidad de prima

variable los socios responden mancomunadamente en función de los riesgos cubiertos. Por esa razón, y por su menor capacidad financiera, las mutuas y las sociedades cooperativas de seguros a prima variable tienen limitados los posibles riesgos a cubrir.

Las denominadas **mutualidades de previsión social** son mutualidades que se dedican a la organización y gestión de sistemas de previsión social complementarios de la Seguridad Social (seguros de vida, de accidentes y planes de pensiones regulados por la legislación específica de este tipo de instrumentos o por reglamentos de prestaciones propios y los estatutos sociales). De hecho, constituyen el primer antecedente de la misma. Incluso, en la actualidad todavía hay mutualidades de previsión social que gestionan sistemas de previsión social que tienen carácter sustitutivo de la Seguridad Social. Se trata de las mutualidades vinculadas a los colegios profesionales que no han solicitado la afiliación de sus colegiados al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y han preferido mantener su sistema de previsión social alternativo. Además, hasta la aprobación de la Ley 30/1995, la afiliación a dichos sistemas de previsión social era obligatoria al ingresar el profesional en el colegio, en virtud de acuerdos adoptados en los órganos de representación del mismo e incorporados a sus estatutos y a los de la mutualidad.

Las mutualidades de previsión social pueden operar también a prima fija o a prima variable.

En el caso de las **sociedades cooperativas de seguros**, cuando estas cooperativas realizan el seguro de asistencia sanitaria se las denomina **cooperativas sanitarias**. Sin embargo, la no obtención de la autorización administrativa para poder ejercer la citada actividad ha conducido a estas entidades a formar cooperativas de otros tipos (como cooperativas de trabajo asociado de médicos), realizando la actividad cooperativizada a través de sociedades anónimas de seguros cuyas acciones son propiedad de la cooperativa (es el caso de la conocida Asistencia Sanitaria Interprovincial S.A. o ASISA, propiedad de la cooperativa LAVINIA).

Las principales diferencias de las cooperativas de seguros con las mutuas y las mutualidades se derivan de la legislación cooperativa que se aplica junto a la normativa específica de la actividad aseguradora.

### 9.1.2.3. Aspectos institucionales y de funcionamiento de las entidades aseguradoras.

Es esencial que el sector **asegurador** inspire **confianza** en los consumidores de seguros, que son los individuos expuestos a riesgos. Sobre todo, porque, al tener que pagar frecuentemente el tomador el precio en el momento de contratar el seguro (por anticipado a la contraprestación del asegurador), la relación aseguradora que nace se sustenta en la confianza del asegurado en que el asegurador hará frente al compromiso que ha asumido de indemnizar las pérdidas que se produzcan si acaece efectivamente el riesgo. Si esa confianza no existiese, la relación aseguradora no nacería.

Por esta razón, y por otra serie de motivos relacionados, las legislaciones reguladoras de la actividad aseguradora en todos los países, suelen exigir una serie de requisitos de diversa índole a las entidades que pretenden desarrollar la actividad aseguradora o que ya la están desarrollando efectivamente. En el caso de España, los principales son los siguientes:

- La adopción de una de las formas jurídicas enumeradas más arriba (sociedad anónima, mutua de seguros, sociedad cooperativa de seguros o mutualidad de previsión social).
- Limitar la actividad de la entidad, exclusivamente, a la aseguradora, indicándolo así en los Estatutos de la entidad al establecer su objeto social. Es decir, que el objeto social exclusivo es la actividad aseguradora.
- Limitar el objeto social a la actividad aseguradora (exclusivamente).
- Presentar y atenerse a un programa de actividades.
- Tener la cifra de capital social o de fondo mutual que, según el ramo de seguros en que se opere y la forma jurídica de la entidad, exige el art. 13 de la Ley 30/1995, así como el fondo de garantía que establece el art. 18 de la misma.

- Identificar a los socios, personas físicas o jurídicas, con sus aportaciones y participaciones en el capital social o en el fondo mutual. Aquellas personas físicas o jurídicas que, directa o indirectamente, participen en la constitución de la entidad aseguradora mediante una participación significativa en la misma, deben ser “idóneas” para que la gestión de ésta sea sana y prudente; apreciándose dicha idoneidad, entre otros factores, en función de la honorabilidad y cualificación o experiencia profesionales de los socios y de los medios patrimoniales con que cuenten para atender los compromisos asumidos.
- Estar dirigidas de manera efectiva por personas que reúnan las condiciones necesarias de honorabilidad y de cualificación o experiencia profesionales, quienes deben inscribirse en el Registro administrativo de altos cargos de entidades aseguradoras.

Las entidades que cumplan estos requisitos deben acreditarlos al solicitar la autorización administrativa que es necesaria para realizar la actividad aseguradora (al menos, así es en todos los países del Espacio Económico Europeo). Autorización que, por otro lado, no se concede genéricamente para realizar cualquier modalidad de seguro, sino que faculta a la entidad para operar en lo que se denomina un “**ramo**” de seguros (un ramo viene a ser un conjunto de modalidades similares de seguros; como, por ejemplo, el ramo de vida, que engloba a todas las modalidades de seguros sobre la vida humana). Por otro lado, la autorización administrativa obtenida en un país del Espacio Económico Europeo para operar en un ramo determinado, es hoy en día válida para realizar esas modalidades de seguros en el resto de los países del mismo.

Además de ese control inicial de las entidades aseguradoras, previo al comienzo de sus actividades, las autoridades administrativas de control las someten a una supervisión exhaustiva, básicamente encaminada a garantizar su solvencia (dinámica, por ser a lo largo del tiempo), con el fin último de proteger los intereses de los consumidores de seguros.

Para garantizar la solvencia de estas entidades, el organismo de control de la Administración Pública, que es la **Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda**, les exige disponer de las necesarias provisiones técnicas y de un margen de solvencia.

- Las **provisiones técnicas** son unas provisiones de naturaleza específica de esta actividad cuyo fin es garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas con los asegurados.
- El **margen de solvencia** es un patrimonio propio, no comprometido directamente en las operaciones de cobertura de riesgos, del que la empresa aseguradora debe disponer en todo momento y que puede estar integrado por ciertos fondos de su estructura financiera. Su cuantía mínima se determina en función de las primas emitidas o de las prestaciones satisfechas, y la tercera parte de dicha cuantía mínima es el fondo de garantía al que se ha hecho referencia más arriba.

#### 9.1.2.4 Elementos del contrato o póliza de seguro.

Desde el punto de vista formal, el seguro es un contrato, instrumentado en una **póliza**, que cubre el riesgo al que está expuesto el asegurado.

La persona que suscribe el contrato (tomador) abona una determinada cantidad en la forma acordada y, a cambio, el asegurador se compromete a entregar al beneficiario la prestación garantizada en caso de producirse el riesgo o contingencia cubierta.

Por ello, siguiendo la terminología utilizada en el seguro privado, se pueden diferenciar los siguientes elementos en el contrato de seguro:

##### a) Elementos materiales:

- El **riesgo** cubierto, que ha de ser un evento incierto pero probable y que, de acaecer, produzca pérdidas. Sólo se pueden asegurar **riesgos puros**, es decir, riesgos que, al acaecer, provoquen una pérdida valorable en términos monetarios. De aquí se deriva la



naturaleza compensatoria que tiene el seguro, que queda plasmada jurídicamente en el denominado “**principio indemnizatorio**”, que significa que el seguro tiene por objeto indemnizar la pérdida patrimonial sufrida al acaecer el riesgo asegurado, y nunca puede suponer la obtención de una ganancia por encima del valor de esa pérdida. Sin embargo, en algunas modalidades de seguro quiebra este principio, siendo uno de los ejemplos más claros el seguro de lucro cesante, en el que el riesgo asegurado es la pérdida de una expectativa de beneficio que se tenía (por parte de un empresario). Además, hay que advertir que esta característica del riesgo asegurable es fácilmente apreciable en los riesgos patrimoniales o de responsabilidad, pero no en muchos de los personales, concretamente en el riesgo de accidente y los riesgos sobre la vida humana (el de muerte y el de alcanzar con vida una cierta edad, que, incluso, es discutible su concepto como riesgo puro).

- El precio, que es la **prima** o cuota.
- La **prestación**.

b) **Elementos personales:**

- El **tomador** del seguro, que es la persona física o jurídica que contrata el seguro con el asegurador y que se obliga a pagar el precio o prima.
- El **asegurado**, que es la persona sobre cuya salud, vida, bienes o derechos, recaerían las consecuencias negativas del riesgo que se asegura. Dependiendo de la modalidad de seguro de que se trate, el asegurado puede ser una persona sólo física o física y jurídica. Obviamente, en un seguro que cubra un riesgo personal (vida, accidentes o enfermedad) solamente puede ser asegurado una persona física, nunca una jurídica. Pero sí que puede ser asegurado una persona jurídica en un contrato de seguro que cubra un riesgo patrimonial o de responsabilidad.

El asegurado no tiene porqué coincidir con el tomador del seguro, aunque en muchas modalidades de seguros siempre sea así, como puede ser el caso, por ejemplo, de un padre que concierta un seguro que cubre el riesgo de accidente de su hijo mientras estudia en un país extranjero. El tomador sería el padre, que es el que contrata y paga la prima, mientras que el asegurado sería el hijo, pues sobre su integridad física recae el riesgo de accidente. El asegurado es el titular de los derechos que confiere el contrato de seguro, excepto el de percepción de la indemnización de las pérdidas si se ha designado beneficiario en el contrato; pero también asume una serie de obligaciones, normalmente en común con el tomador: salvamento de los bienes afectados por el siniestro (para aminorar sus efectos), comunicación del acaecimiento de éste, comunicación de la agravación del riesgo (cuando se hace más probable su acaecimiento) y de su disminución, etc.

- El **beneficiario** es la persona que tiene derecho, por aparecer designada en el contrato de seguro, al cobro de la indemnización que se satisfará en compensación por las pérdidas sufridas (por el asegurado) al acaecer el riesgo cubierto. Normalmente coincide con el asegurado, pero en las modalidades de seguro sobre la vida humana también puede ser una figura distinta del tomador y del asegurado. Si, por ejemplo, el padre de una familia contrata un seguro (tomador) que cubre el riesgo de muerte de su mujer (asegurado) y designa en el contrato a su hijo como beneficiario, él cobraría la prestación establecida en el contrato que se pagaría al fallecer la madre.
- El **asegurador** es la persona, necesariamente jurídica, que asume las consecuencias económicas que supondría el riesgo en caso de acaecer. Es decir, es la persona a quien el asegurado transfiere esas posibles pérdidas. Ha de ser una empresa con una capacidad organizativa y, especialmente, financiera suficientes, pues la actividad aseguradora requiere empresas solventes que, real y efectivamente, garanticen los compromisos que con ellos asumen al concertar contratos de seguro.

#### 9.1.2.5 Las primas de los seguros.

Las primas de seguros son las cantidades abonadas al asegurador por parte del tomador del seguro.

La determinación de la prima de un seguro debe responder al régimen de libertad de competencia en el mercado, pero respetando ciertos principios técnicos actuariales orientados a su suficiencia para

que la empresa aseguradora pueda atender a los compromisos que asume. Su importe se fundamenta en las denominadas bases técnicas, de naturaleza eminentemente estadística, en función de los denominados factores de riesgo y de la clase de riesgo asegurado.

A modo de aproximación al problema de la estructura y cálculo de la **prima**, se puede decir que está integrada por los siguientes componentes:

- La **prima pura**, o importe estimado necesario para cubrir el riesgo en un cierto período de tiempo.
- El **recargo de seguridad**, cuyo destino es la cobertura de desviaciones negativas de la siniestralidad respecto de la media esperada.
- Los **recargos de gestión**, que tienen por objeto cubrir los gastos de administración y de adquisición y mantenimiento de la actividad de las compañías aseguradoras.
- El **recargo por beneficio o excedente**, cuyo fin es la remuneración de los recursos financieros y el incremento de la solvencia de la empresa aseguradora.

La agregación de estos componentes proporciona la **prima final**. Su determinación se realiza en el proceso de **tarificación**, el cual se basa en **cálculos actuariales** en los que se incluyen un gran número de factores (como la probabilidad de que se produzca un siniestro y el coste medio de éste). Los aspectos considerados varían según el tipo de seguro analizado. Así, en los seguros de vida son factores importantes la edad, la salud, la profesión, el estilo de vida, etc. En los seguros de daños a los bienes y en los patrimoniales se pueden tener en cuenta gran número de factores, como, por ejemplo en el seguro del automóvil, la cilindrada del vehículo, la zona por la que suele circular, el sexo del conductor habitual, etc.

Las primas pueden clasificarse según diferentes criterios:

- a) Según su cuantía.
  - **Prima fija**: su valor es conocido por anticipado.
  - **Prima variable**: su cuantía varía en función del importe de los siniestros soportados en un cierto período.
- b) Según su periodicidad.
  - **Prima única**: El tomador sólo realiza un pago.
  - **Primas periódicas**: El pago de las primas se repite en varios períodos (por años o por períodos de amplitud inferior como semestres, trimestres o incluso meses).

En general, a excepción de las entidades que se rigen por la modalidad de prima variable, las primas suelen ser fijas, debiendo ser satisfechas al comienzo del período de cobertura del riesgo.

En cuanto al pago único o periódico, varía en función del tipo de seguro. Así, en los seguros de vida lo habitual es que se trate de primas periódicas.

**En caso de impago de la prima**, hay que distinguir según se trate de la primera prima o de la segunda y sucesivas primas:

- En el caso de la **primera prima**, el impago de la misma libera al asegurador del cumplimiento del contrato si se produce una de las circunstancias aseguradas.
- En la **segunda y siguientes primas**, la cobertura del asegurado queda suspendida un mes después de la fecha de vencimiento. El impago durante seis meses, desde la citada fecha, extingue el contrato. En caso de producirse el pago dentro de ese plazo, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas desde la citada fecha.

### 9.1.2.6 La prestación de los seguros.

La prestación de los seguros se puede percibir por dos razones:

- porque acaezca el riesgo cubierto (es decir, se produzca el siniestro).
- porque se rescate anticipadamente, posibilidad que se pacta en ciertas modalidades de seguros de vida.

#### 9.1.2.6.1. La prestación por acaecimiento de la contingencia cubierta (siniestro).

La prestación satisfecha por el asegurador, contrapartida al pago de las primas realizadas por el tomador del seguro, pretende compensar al beneficiario por la contingencia producida.

Para que se realice el pago de la prestación es necesario, en primer lugar, la **declaración del siniestro** por parte del asegurado, beneficiario o tomador, según sea el caso; y, en segundo lugar, la **peritación o tasación** (en su caso) o la **prueba documental** oportuna. En ciertos casos de siniestros como los de daños a los bienes y los de responsabilidad civil, si no se produce acuerdo entre el asegurador (según la peritación por él realizada) y el beneficiario, se nombra un perito por cada parte. Si éstos tampoco llegan a un acuerdo se nombra otro de conformidad con ambas partes o por designación del juez de primera instancia. El acuerdo de los peritos es vinculante para las partes, salvo impugnación judicial, por lo que el asegurador procederá a hacer efectiva la prestación.

Entre los diferentes criterios para clasificar la prestación destacan:

- En función de la posibilidad de cuantificar el riesgo cubierto, la prestación puede ser:
  - **Prestación indemnizatoria plena**, correspondiente a los casos en que se establece en función del valor cuantificable del daño sufrido en el siniestro. Es propia de los seguros patrimoniales (incluidos los de responsabilidad civil) y de algunos seguros personales (como los de enfermedad).
  - **Prestación indemnizatoria parcial**, que se produce en los seguros que cubren riesgos no cuantificables (como la vida de una persona), en los que la prestación depende de la cuantía fijada en el contrato de seguro. Corresponde, básicamente, a los seguros de vida y a los de accidentes.
- Según la forma de la prestación.
  - **Prestación económica** o consistente en sumas monetarias. Se aplica, siempre, en los seguros de vida y en los de accidentes, y también en muchos patrimoniales.
  - **Prestación en especie**, que puede ir desde la reposición de un objeto siniestrado hasta el suministro de medicamentos en el seguro de asistencia sanitaria. Sólo se produce en caso de que la naturaleza del seguro lo permita y el asegurado lo consienta.
  - **Prestación de un servicio**, que consiste en la proporción del servicio contratado asumiendo el coste el asegurador. El servicio puede ser el de asistencia sanitaria, el de reparación de los daños a los bienes (por ejemplo, en el seguro de automóvil), el de asistencia en viaje (por ejemplo, también en el seguro del automóvil), la defensa por un abogado (por ejemplo, en el seguro de responsabilidad civil), etc.
- En el caso de que la prestación sea económica, según su frecuencia se puede distinguir entre:
  - **Prestación en forma de capital o de pago único** al producirse el siniestro. Se emplea en los seguros de daños a los bienes y en determinados seguros de vida, como en caso de indemnización única por fallecimiento del asegurado.
  - **Prestación en forma de renta**, ya sea **temporal** (sólo durante un tiempo determinado, como, por ejemplo en un seguro de accidentes, una renta que se abona al asegurado mientras esté afectado por un cierto grado de incapacidad) o **vitalicia** (desde una fecha concreta hasta el fallecimiento del beneficiario, como, por ejemplo, en un seguro de vida para caso de supervivencia, una pensión vitalicia que se paga al asegurado a partir de una cierta edad y mientras viva).

Por otra parte, hay que hacer referencia a la posibilidad de establecer la denominada **franquicia**, que se trata de una cantidad fijada en el contrato de seguro (pudiendo ser una cifra o un porcentaje del importe del siniestro) por debajo del cual el asegurador no está obligado a realizar la prestación. Al ser muy usuales en los seguros de daños a los bienes, se hará referencia al estudiar la prestación de los mismos.

### 9.1.2.6.2. La prestación por rescate.

La prestación por rescate, que **sólo se produce en los seguros de vida**, consiste en la posibilidad de recibir, por parte del tomador, una cantidad (valor de rescate) al cancelar anticipadamente la póliza. Esta prestación se fundamenta en la formación, con las primas pagadas, de la reserva matemática constituida para hacer frente a la prestación en un futuro. En caso de rescindir el contrato de seguro, el tomador tiene derecho a una compensación por las primas pagadas. Lógicamente, cuanto más tiempo esté en vigor la póliza mayor es la reserva matemática y, por tanto, mayor es el valor de rescate.

La importancia del derecho de rescate se basa en dos aspectos: por una parte, por su utilización en muchos seguros como sistema para conseguir un tratamiento fiscal favorable; y, por otra parte, por el posible establecimiento de **cláusulas de rescate flexibles**, que es uno de los sistemas empleados para dar liquidez a los seguros, acercándolos mucho al campo de los productos financieros.

### 9.1.2.7. El reaseguro y el coaseguro.

Las empresas de seguros deben buscar un equilibrio entre el importe de las primas, las inversiones realizadas y las prestaciones a las que se comprometen; siendo el elemento fundamental en este equilibrio el riesgo global soportado (en cada operación de seguro o conjunto de operaciones de una cierta modalidad, o bien en toda la cartera), para cuya reducción o atenuación las empresas de seguros tienen dos opciones: el coaseguro y el reaseguro:

- El **reaseguro** es una fórmula por la que el asegurador (cedente), contrata con otra empresa (reasegurador o aceptante) la cesión de parte de los riesgos asumidos por el primero en sus contratos de seguro, ya sea operación a operación o de forma global.
- El **coaseguro** permite que varias aseguradoras participen en la cobertura de un mismo riesgo. Una de ellas (abridora) realiza el contrato con el asegurado y hace participar en el mismo a las restantes aseguradoras. El coaseguro puede ser directo, cuando el abridor informa del coaseguro al asegurado, o interno, en caso contrario. Hay que señalar que no se trata de un seguro múltiple (analizado posteriormente) ya que mientras en el coaseguro el riesgo está cubierto por un sólo seguro repartido entre varias aseguradoras, en el seguro múltiple se realizan varios seguros cubriendo todos ellos el mismo riesgo.

En el coaseguro, cada coasegurador responde de una parte del capital asegurado (CA) en función del porcentaje de participación en el coaseguro ( $PCA_i$ ), estableciendo su prestación ( $P_i$ ) en función del citado porcentaje. De esta forma la participación de cada aseguradora en la prestación total es:

$$P_i = CA \times PCA_i$$

Siendo la prestación total (P):

$$P = S \times P_i = S \times (PCA_i \times CA)$$

#### EJEMPLO: COASEGURO.

En un seguro de vida para el caso de muerte que ha suscrito el Sr. Eurez se establece una prestación por parte de la aseguradora de 20.000 euros. El riesgo es cubierto por tres entidades aseguradoras (X, Y y Z), en régimen de coaseguro. La entidad abridora (X) participa con un 40% mientras que las otras dos lo hacen a partes iguales por el resto. Se desea determinar la cantidad pagada por cada aseguradora en caso de producirse el siniestro.

En este coaseguro se produce la participación de tres aseguradoras. Su participación en la prestación es proporcional al porcentaje del seguro cubierto por cada una de ellas, que en este caso es:  $PCA_x = 40\%$ ;  $PCA_y = 30\%$ ;  $PCA_z = 30\%$ .

En relación con estos porcentajes la prestación de cada aseguradora es:

$$P_x = P \times PCA_x = 20.000 \times 0,4 = 8.000$$

$$P_y = P \times PCA_y = 20.000 \times 0,3 = 6.000$$

$$P_z = P \times PCA_z = 20.000 \times 0,3 = 6.000$$

Y la prestación total será:  $P = SP_i = P_x + P_y + P_z = 20.000$  euros.

Una vez realizadas estas consideraciones, para analizar las repercusiones fiscales generales que conllevan los seguros privados conviene estudiar ciertos aspectos de las **primas pagadas** por el tomador y la **prestación** que satisfacen las entidades aseguradoras.

### 9.1.3. LOS SEGUROS PRIVADOS PERSONALES.

Estos seguros cubren riesgos que afectan a las personas, pudiendo, como se ha dicho más arriba, diferenciarse tres grandes grupos:

- Los **seguros de vida** (para el caso de muerte, de supervivencia, mixtos y otros relacionados con operaciones financieras).
- Los **seguros de accidentes**.
- Los **seguros de enfermedad**.

Las características de la **prima** varían tanto entre las diferentes modalidades como dentro de un mismo tipo. En general las primas se abonan de forma anticipada y suelen ser fijas y periódicas.

En cuanto a la **prestación**, hay que señalar que, además de la que se obtiene por acontecer el siniestro cubierto, algunos seguros de este tipo contemplan la posibilidad del rescate.

Por otra parte, las características de los seguros de vida hacen que éstos sean los más aptos o apropiados para ser utilizados como **inversiones financieras**, sobre todo teniendo en cuenta que es posible que se beneficien de un tratamiento fiscal favorable.

En este sentido, las entidades aseguradoras, en muchas ocasiones con la colaboración de entidades financieras, han creado una serie de **productos financiero-aseguradores**, en los que no sólo se busca la cobertura de un riesgo, sino también otras características propias de los productos y servicios financieros, como son la seguridad, la rentabilidad y la liquidez. La primera se debe a que los seguros cuentan con la garantía del control de la Administración sobre las compañías aseguradoras; la segunda es consecuencia de que el tipo de interés logrado por las aseguradoras difícilmente puede ser logrado por un inversor individual; y la liquidez se consigue mediante cláusulas de reembolso flexibles que permiten recuperar la inversión en el momento deseado o según el contrato establecido.

Entre estas fórmulas que combinan los seguros con las características de determinados productos financieros, se encuentran modalidades de seguros de vida con rasgos especiales. Así, pueden destacarse el seguro de vida con participación en beneficios, el seguro de vida en combinación con fondos de inversión, la gestión de fondos colectivos de jubilación y las primas únicas de seguros, que se tratan en los apartados siguientes.

En otro orden de cosas, cabe indicar que las entidades aseguradoras pueden realizar diferentes operaciones no consideradas propiamente como operaciones de seguros, como son las **operaciones de capitalización**, que, sin embargo, están basadas en la técnica actuarial y consisten en el compromiso de la entidad aseguradora de realizar un pago futuro a cambio de uno o más desembolsos del inversor previamente fijados.

#### 9.1.3.1. Los seguros personales de vida.

Como se ha indicado anteriormente existen diversas modalidades de seguros de vida, todos ellos con el denominador común de ser seguros personales y privados.

##### 9.1.3.1.1. Los seguros de vida para caso de muerte.

En este tipo de seguros la **entidad aseguradora paga una suma al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado**.

Lógicamente, **el asegurado tiene que ser, necesariamente, una persona diferente del beneficiario.**

Una modalidad de estos seguros se denomina **seguro de vida diferido para el caso de muerte**, en el cual se fija un número mínimo de años, después de la contratación del seguro, para que el asegurador esté obligado a realizar la prestación.

Por otra parte, dentro de los seguros para el caso de muerte pueden diferenciarse dos modalidades: seguros temporales y seguros de vida entera.

- a) Los **seguros temporales** cubren el riesgo de fallecimiento del asegurado durante un cierto período de tiempo (durante el plazo de pago de una hipoteca, un viaje, una serie de años hasta cumplir una determinada edad etc.). En este caso, la prima suele ser única, mientras que la prestación suele ser en forma de capital y su cuantía puede ser constante, creciente o decreciente según el momento en el que se produzca el fallecimiento del asegurado. **Si transcurrido el período de vigencia no fallece el asegurado, la aseguradora no paga ninguna prestación y, además, no es posible el rescate.** Dentro de los seguros de vida temporales existen los **convertibles** (cuando incluyen la posibilidad de convertir el seguro temporal en uno de vida entera) y los **renovables** (permiten renovar la póliza).
- b) Los **seguros de vida entera** cubren el riesgo de fallecimiento durante toda la vida del asegurado. En este tipo de seguros, además de la prestación por siniestro, **es posible la prestación por rescate.** La prima puede ser única o periódica (hasta una fecha fijada, habitualmente), y la prestación suele ser en forma de capital. En general, la principal característica de los seguros de vida entera es su flexibilidad, permitiendo diferentes cambios con respecto a las condiciones originales. Entre otros aspectos modificables se encuentran la periodicidad en el pago de primas, la adaptación de las coberturas a las necesidades del momento, o la posibilidad de rescates parciales.

Las **primas** de los seguros de vida para caso de muerte pueden ser **de cuantía constante o variable**, pudiendo adaptarse a las características y necesidades de cada asegurado.

#### **9.1.3.1.2. Los seguros de vida para el caso de vida o supervivencia.**

En estos seguros el pago de **la prestación se realiza si el asegurado vive en una determinada fecha.**

Es posible la coincidencia de tomador, asegurado y beneficiario.

Las primas son periódicas, y su cuantía puede variar según lo indicado en los seguros de vida para caso de muerte.

Según las prestaciones realizadas por el asegurador se puede diferenciar entre las modalidades de:

- **Capital diferido:** la prestación tiene forma de capital.
- **Renta diferida:** la prestación tiene forma de renta o pensión que puede ser constante o variable y temporal o vitalicia.

En caso de fallecimiento del asegurado puede pactarse que el asegurador entregue las primas satisfechas (con o sin garantía de un cierto tipo de interés al beneficiario). Esta cláusula, denominada de **reembolso de primas**, es una cobertura más del seguro que incrementa la prima, y hace que el seguro resultante sea un mixto (ver apartado siguiente).

#### **9.1.3.1.3. Los seguros de vida mixtos y los seguros de «prima única».**

En este tipo de seguros el **asegurador se compromete a abonar una cifra monetaria al beneficiario si el asegurado fallece antes de la fecha fijada o, alternativamente, si sobrevive después de dicha fecha.**

El asegurador tiene la certeza de que pagará la prestación, y su única duda radica en saber si se producirá el fallecimiento del asegurado antes del plazo fijado (en cuyo caso entregará la prestación por fallecimiento) o si este hecho sobrevendrá después del citado plazo (en cuyo caso pagará la prestación por sobrevivencia).

A este respecto, para considerar si existe riesgo es necesario analizar la existencia o no de diferencia entre las prestaciones que realiza el asegurador en caso de muerte y en caso de sobrevivencia. Si para el asegurador ambas coberturas son indiferentes (o casi indiferentes) se considera que no existe riesgo. Algo similar ocurre con las operaciones basadas únicamente en técnicas de capitalización, con la diferencia de que, además, no son consideradas como operaciones de seguros.

Dos modalidades de seguros mixtos son el **seguro de capital diferido con cláusula de reembolso de primas en caso de muerte** (al que se hecho referencia en el apartado anterior) y los **seguros mixtos de prima única**.

En relación con los **seguros mixtos de prima única**, como se ha indicado anteriormente, muchos seguros incorporan como modalidad de pago de la prima la posibilidad de abonar una prima única para toda la duración del contrato.

Se trata de seguros de vida que son seguros colectivos suscritos por una entidad financiera, como tomadora del seguro, al que se adhieren los clientes de la misma como asegurados. Éstos abren una cuenta en la entidad financiera en la que ingresan el importe de la prima (generalmente única). Los riesgos cubiertos son el de supervivencia, generalmente en un corto plazo, y el de muerte del asegurado, por lo que son una modalidad de seguros de vida mixtos.

Este tipo de seguros tuvieron gran atractivo hace unos años por razones de cierta ambigüedad fiscal que los hicieron popularmente conocidos hasta que se reguló su situación.

#### 9.1.3.1.4. Los seguros de vida con participación en beneficios.

La característica fundamental de este tipo de seguros de vida es que el asegurado participa en el beneficio de la compañía aseguradora (habitualmente, en el beneficio derivado de la inversión de las provisiones matemáticas; pero, en los seguros colectivos, también suele referirse al beneficio derivado del buen comportamiento de la mortalidad).

La forma de participación se traduce generalmente en una **reducción de la prima**, en un **aumento de la prestación o capital asegurado**, o en la **percepción directa de la participación** correspondiente.

#### 9.1.3.1.5. Los seguros de vida combinados con fondos de inversión (“Unit Linked” e “Index Linked”).

La particularidad de este tipo de seguros de vida consiste en que **la compañía aseguradora invierte las primas aportadas por los asegurados en participaciones en fondos de inversión**, dependiendo el importe de la prestación del valor de éstas.

Estos seguros surgieron a raíz de la aprobación de una Directiva Comunitaria de diciembre de 1991.

En la modalidad de los “**index linked**” la evolución de la prestación queda ligada a la evolución de los mercados a través de índices representativos (como índices bursátiles). Cuentan con un beneficio mínimo garantizado al que se añade un beneficio adicional que depende del comportamiento del índice externo elegido.

Este tipo de seguros se configura como una **alternativa de inversión interesante a largo plazo** que requiere un asesoramiento permanente para cambiar de un fondo a otro con el objetivo de

maximizar los beneficios. Hay que tener en cuenta que el inversor puede cambiar (por cuenta de la compañía aseguradora) entre fondos más conservadores o más agresivos, o bien, entre índices externos de referencia (en el caso de los "index linked"). Por tanto, debe elegir y comunicar a su compañía los mejores fondos o índices en los que puede o desea invertir, así como la composición de la cartera de cada fondo o índice.

En la práctica, la mayoría de estos seguros incluyen un número determinado de fondos (con diferentes características de rentabilidad, riesgo y diversificación) entre los cuales se realizan los desplazamientos.

Por tanto, el aspecto más importante a tener en cuenta es que estos seguros pueden recoger la posibilidad de que el tomador determine los fondos de inversión en los que desea que la aseguradora invierta las provisiones matemáticas, disponiendo incluso de la **posibilidad de modificar la inversión elegida (cambiar de fondo de inversión) a lo largo de la vida del seguro sin sufrir las repercusiones fiscales del cambio de fondos de inversión.**

Esto es debido a que se considera que estos cambios entre fondos los realizan las entidades que promueven estos seguros (que asumen el papel de partícipes de los fondos) y no los asegurados (que no se consideran partícipes de los fondos de inversión en los que se invierten las primas). A este respecto, hay que dejar claro que las aseguradoras no pueden gestionar estos fondos, ya que esta facultad es exclusiva de las Sociedades Gestoras de Fondos de Inversión.

Lógicamente, la posibilidad de cambiar de fondo de inversión sin sufrir repercusiones fiscales ha hecho que este tipo de seguros tengan un gran atractivo para los inversores; si bien, dado que las prestaciones no se perciben hasta que no se produzca alguna de las contingencias cubiertas en la póliza del seguro (por fallecimiento, supervivencia, u otra contingencia cubierta y admitida legalmente) resulta que la tributación surgirá en ese momento y, realmente, se producirá un diferimiento atenuado de la tributación.

Las características financieras y fiscales de estos productos de vida-ahorro los sitúan como una alternativa de inversión; si bien, su aprovechamiento óptimo requiere que el inversor participe activamente en las operaciones y decisiones de inversión, o que sea asesorado por la compañía aseguradora con la frecuencia precisa.

La formalización de estas pólizas se inicia con un plazo habitual de 15 días para que el cliente examine las condiciones. El capital tienen carácter variable y los gastos de gestión son mínimos. Así mismo, al cliente se le ofrecen un número determinado de opciones de inversión y recibe información mensual y trimestral.

En la mayoría de las ofertas actuales se contempla la posibilidad de realizar un determinado número de cambios anuales entre los fondos que componen la cesta del producto sin repercusión de comisión alguna.

#### **9.1.3.1.6. Los seguros de vida con gestión de fondos colectivos de jubilación.**

Este tipo de seguro consiste en la administración, por parte de la entidad aseguradora, de las primas satisfechas por cuenta de personas que integran un cierto colectivo vinculado por alguna característica común (como, por ejemplo, los trabajadores de una empresa).

Se trata de **seguros de vida mixtos** en los que, para cada sujeto asegurado, la prestación para caso de supervivencia vence a la edad de jubilación.

#### **9.1.3.2. Los seguros personales de accidentes.**

Estos seguros cubren las contingencias de **muerte, incapacidad temporal e invalidez permanente** producida como consecuencia de una causa violenta y externa ajena al asegurado.



En este sentido, cabe recordar que la cobertura obligatoria de los accidentes de trabajo es realizada por el sistema de Seguridad Social.

La **prima** puede ser fija o variable y, salvo en los casos en los que el seguro sea realizado para una actividad determinada (por ejemplo, para la duración de un viaje) suele ser periódica.

Por lo que respecta a la **prestación**, su cuantía varía en función del siniestro y tiene naturaleza económica (capital o renta), o bien consiste en el servicio de asistencia sanitaria.

### 9.1.3.3. Los seguros personales de enfermedad.

#### 9.1.3.3.1. Seguros de enfermedad en los que se garantiza el reembolso de gastos médicos.

Estos seguros cubren el **riesgo de enfermedad del asegurado**, aportando indemnizaciones en metálico para ayudar a soportar los gastos derivados de su enfermedad.

En función de la prestación puede diferenciarse entre:

- Prestación económica diaria para soportar la pérdida de ingresos mientras dura la enfermedad.
- Prestación económica por la cuantía de los gastos ocasionados para curar la enfermedad; que pueden cubrir el total de los gastos o un porcentaje de los mismos.

#### 9.1.3.3.2. Seguros de enfermedad en los que se garantiza la prestación de asistencia sanitaria.

Al igual que los anteriores, estos seguros personales cubren el riesgo de enfermedad, siendo la principal diferencia entre ambos que en el de asistencia sanitaria **el asegurador se compromete a proporcionar al asegurado el servicio de asistencia sanitaria**, y no indemnizaciones en metálico, como ocurría en el caso anterior.

A este respecto, el término **asistencia sanitaria** comprende, a efectos de la consideración de sus prestaciones:

- a) La asistencia sanitaria:
  - Servicios médicos y farmacéuticos que restablecen o conservan la salud y la aptitud para el trabajo.
  - Servicios que completan las prestaciones farmacéuticas y médicas.
- b) Otras prestaciones sanitarias:
  - Asistencia preventiva, como exámenes de salud, vacunaciones, prevención de enfermedades, etc.
  - Servicios de documentación y de información sanitaria.

Las primas suelen ser variables y periódicas, mientras que la prestación no es económica sino que consiste en una prestación de servicios.

### 9.1.4. LOS SEGUROS PRIVADOS DE DAÑOS A LOS BIENES.

En este tipo de seguros privados (no personales), dado que el objeto de la cobertura es la pérdida o deterioro de elementos materiales, se alejan de los objetivos de las inversiones financieras, aunque tanto sus primas como el cobro de las prestaciones tienen los efectos comentados posteriormente.

### 9.1.4.1. Características comunes de los seguros privados de daños a los bienes.

El tomador, el asegurado y el beneficiario de estos seguros pueden coincidir en una misma persona.

Las **primas** suelen tener carácter periódico, a excepción de los seguros que cubren un riesgo durante un período corto de tiempo (por ejemplo un determinado servicio de transporte). Además, la prima puede ser constante o variable.

En cuanto a la **prestación**, la característica que la diferencia de la prestación habitual de los seguros personales es que su objetivo es ofrecer una indemnización plena. Para ello, la naturaleza de la prestación suele ser económica, aunque en algunos casos (como en determinadas modalidades del seguro de vehículos) puede consistir en la prestación de servicios (por ejemplo, la reparación del vehículo) o incluso en una prestación en especie (un nuevo vehículo). La cuantía de la prestación depende, lógicamente, de la valoración del siniestro sufrido.

Para determinar la cuantía de la prestación, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos propios de este tipo de seguros:

- El **capital asegurado (CA)**, que refleja el valor atribuido al riesgo asegurado en la póliza y, a su vez, determina el valor máximo que el beneficiario recibe en caso de producirse el siniestro.
- El **interés asegurado (IA)**, que es el valor real del riesgo asegurado.
- El **valor siniestrado (VS)**, que recoge el valor económico de los daños sufridos en el siniestro.
- La **prestación (P)**, que indica la cantidad entregada al beneficiario.

Por otra parte, para poder analizar la prestación es necesario tener en cuenta si el capital asegurado coincide o no con el interés asegurado. En este sentido, es indispensable distinguir los dos casos detallados a continuación.

**CASO A:** *El capital asegurado coincide con el interés o elemento asegurado (CA = IA).*

En relación con este primer caso o posibilidad, se parte de la premisa de que al realizar un seguro se busca cubrir las pérdidas efectivas del riesgo cubierto, por lo que lo habitual es que el capital asegurado coincida con el interés asegurado (seguro pleno).

Dentro de este caso, para determinar la prestación, pueden darse, a su vez, dos situaciones: que el siniestro afecte a la totalidad del interés asegurado; o que el siniestro sólo afecte a una parte del mismo.

Si el siniestro afecta a la totalidad del capital asegurado (es decir,  $VS = IA$ ) la prestación coincide con ambos valores y con el propio capital asegurado (es decir,  $P = VS = IA = CA$ ).

En cambio, si el siniestro afecta sólo a una parte del capital asegurado (es decir,  $VS < IA$ ), la prestación coincide con el valor siniestrado ( $P = VS$ ) que es inferior al interés asegurado y al capital asegurado ( $P = VS < IA = CA$ ).

#### EJEMPLO: CAPITAL ASEGURADO COINCIDENTE CON EL INTERÉS ASEGURADO.

Un determinado bien es asegurado contra el riesgo de incendio por 20.000 euros. El valor real del citado bien coincide con el capital asegurado. Determinar la prestación en los siguientes casos:

a) Si el bien ha sido totalmente destruido por un incendio.

b) Si los daños causados por el incendio ascienden a 5.000 euros.

En este caso capital asegurado e interés asegurado coinciden por lo que existe seguro pleno ( $VS = IA = 20.000$  euros).

a) Si el siniestro es total, resulta que el valor siniestrado también coincide con los 20.000 euros ( $VS = 20.000$  euros) y la prestación recoge todo el valor siniestrado ( $P = VS = 20.000$  euros). Por tanto, la prestación será:  $P = VS = IA = CA = 20.000$  euros.

b) Si el siniestro es parcial, resulta que el valor siniestrado es inferior a los 20.000 euros ( $VS = 5.000 < IA = CA = 20.000$ ). Entonces, la prestación recoge todo el valor siniestrado ( $P = VS = 5.000$  euros), y, por tanto,  $5.000 = P = VS < IA = CA = 20.000$ . Es decir, la prestación es sólo de 5.000 euros.

**CASO B:** El capital asegurado no coincide con el interés asegurado ( $CA \neq IA$ ).

En este caso el valor asegurado difiere del valor real del riesgo cubierto. Esta posibilidad se manifiesta en dos situaciones denominadas **sobresseguro** e **infraseguro**.

El **sobresseguro** se produce cuando el capital asegurado supera el interés asegurado ( $CA > IA$ ). Esta circunstancia supone un perjuicio para el tomador del seguro, ya que está pagando unas primas superiores a las que le corresponderían. Además, el asegurador sólo tiene que indemnizar por el valor siniestrado real, pues si el asegurado percibe una indemnización por una pérdida que realmente no sufre se estaría enriqueciendo. Al igual que en el caso anterior, para determinar la prestación hay que tener en cuenta la parte del interés asegurado siniestrada.

Así, si el siniestro afecta a la totalidad del interés asegurado ( $VS = IA$ ) la prestación coincide con ambos valores ( $P = VS = IA$ ), aunque en este caso es inferior al capital asegurado ( $P = VS = IA < CA$ ).

En cambio, si el siniestro afecta sólo a una parte del interés asegurado ( $VS < IA$ ) la prestación viene determinada por el valor siniestrado ( $P = VS$ ), que en este caso es menor que el interés asegurado y que el capital asegurado ( $P = VS < IA < CA$ ).

---

**EJEMPLO: CAPITAL ASEGURADO MAYOR QUE EL INTERÉS ASEGURADO (SOBRESSEGURO).**

---

Un bien con un valor de 20.000 euros ha sido asegurado por un importe de 25.000 euros. Determinar la prima en los siguientes casos:

a) Si el bien ha sido totalmente destruido por un incendio.

b) Si los daños causados por el incendio ascienden a 5.000 euros.

En este caso se produce un sobresseguro, ya que el capital asegurado (25.000 euros) es superior al valor del bien asegurado (20.000 euros), es decir,  $25.000 = VS > IA = 20.000$ .

a) Si el siniestro corresponde al total del valor asegurado, el valor siniestro coincide con los 20.000 euros ( $20.000 = VS = IA < CA = 20.000$ ).

La prestación no puede suponer un enriquecimiento para el beneficiario por lo que ésta no puede superar el valor real del bien asegurado.

Es decir,  $P = VS = 20.000$  euros.

Por tanto:  $20.000 = P = VS = IA < CA = 25.000$  euros. Es decir, la prestación se queda en los 20.000 euros.

b) Si el siniestro es parcial, el valor siniestrado (5.000 euros) es inferior al valor asegurado y al capital asegurado ( $5.000 = VS < IA = 20.000 < CA = 25.000$ ).

La prestación recoge todo el valor siniestrado ( $P = VS = 5.000$  euros).

Por tanto  $P = 5.000 = VS < IA = 20.000 < CA = 25.000$  euros.

Es decir, la prestación se queda en los 5.000 euros.

---

Un caso habitual de sobresseguro se da cuando se realiza un **seguro múltiple**, que consiste en que el asegurado realiza varios seguros que cubren el mismo interés contra los mismos riesgos y en el mismo plazo. En este caso, aunque el capital asegurado, suma de los capitales asegurados en cada seguro ( $CA = \sum CA_i$ ), supere el valor del interés asegurado la prestación se limita al valor siniestrado, alcanzando como cifra tope el interés asegurado ( $P = VS \leq IA < CA$ ). En estos casos, lo habitual es que los aseguradores lleguen a un acuerdo para que la prestación ( $P_i$ ) sea pagada por ellos de forma proporcional a los capitales asegurados cubiertos por cada uno ( $PCA_i$ ):

$$PCA_i = (CA_i \times 100) / CA$$

De tal forma que la cantidad pagada por cada aseguradora es:  $P_i = PCA_i \times VS$

La suma de estas prestaciones determina la prestación total:  $P = \sum P_i$

Hay que señalar que esta circunstancia no se produce en los seguros personales, ya que, al no poderse cuantificar los daños sufridos, es posible realizar varios seguros sobre el mismo riesgo sin llegar nunca a un sobresseguro.

**EJEMPLO: CAPITAL ASEGURADO MAYOR QUE EL INTERÉS ASEGURADO  
(SOBRESSEGURO CON SEGURO MÚLTIPLE).**

Un bien con un valor de 20.000 euros es asegurado contra el riesgo de incendios con tres aseguradoras diferentes (X, Y, y Z). Con la aseguradora se fija un capital asegurado de 20.000 euros, con la Y de 15.000 euros y con la Z de 17.500 euros. Determinar la prestación total que recibe el beneficiario y la cantidad pagada por cada aseguradora (suponiendo acuerdo de pago proporcional) en los siguientes casos:

- A) Si el bien ha sido totalmente destruido por un incendio.
- B) Si los daños causados por el incendio ascienden a 5.000 euros.

En este caso se produce un sobreseguro, ya que el capital asegurado sumando los tres seguros es superior al valor del bien asegurado ya que  $CAx + CAy + CAz = 20.000 + 15.000 + 17.500 = 52.500 = CA$ .

a) Si el siniestro es total, el valor del siniestro coincide con el interés asegurado, ya que el valor del siniestro no puede superar el valor del bien ( $20.000 = VS = IA < CA = 52.500$ ). La prestación no puede suponer un enriquecimiento para el beneficiario por lo que no puede superar el valor real del bien asegurado ( $P = VS = 20.000$  euros). La cantidad pagada por cada aseguradora se establece en función de la participación en el capital asegurado, y será:

$$PCA_x = (20.000 \times 100) / (52.500) = 38,09\%$$

$$PCA_y = (15.000 \times 100) / (52.500) = 28,58\%$$

$$PCA_z = (17.500 \times 100) / (52.500) = 33,33\%$$

Así, la prestación de cada aseguradora es:

$$P_x = P \times PCA_x = 20.000 \times 0,3809 = 7.618$$

$$P_y = P \times PCA_y = 20.000 \times 0,2858 = 5.716$$

$$P_z = P \times PCA_z = 20.000 \times 0,3333 = 6.666$$

Y la prestación total será:  $P = \Sigma P_i = P_x + P_y + P_z = 20.000$

Por tanto:  $20.000 = P = VS = IA < CA = 52.500$  todo ello en euros. Es decir, la prestación se queda en 5.000 euros.

b) Si el siniestro es parcial, el valor siniestrado (5.000 euros) es inferior al valor asegurado y al capital asegurado ( $5.000 = VS < IA = 20.000 < CA = 52.000$ ). La prestación recoge todo el valor siniestrado ( $P = VS = 5.000$  euros). La cantidad pagada por cada aseguradora se establece en función de la participación en el capital asegurado, como se ha calculado antes ( $PCA_x = 38,02\%$ ;  $PCA_y = 28,58\%$ ; y  $PCA_z = 3,33\%$ ).

Así, la prestación de cada aseguradora es:

$$P_x = P \times PCA_x = 5.000 \times 0,3809 = 1.905$$

$$P_y = P \times PCA_y = 5.000 \times 0,2858 = 1.429$$

$$P_z = P \times PCA_z = 5.000 \times 0,3333 = 1.666$$

Y la prestación total será:  $P = \Sigma P_i = P_x + P_y + P_z = 5.000$  euros.

Por tanto:  $5.000 = P = VS < IA = 20.000 < CA = 52.500$ . Es decir, la prestación se queda en 5.000 euros.

El **infraseguro** es la situación en la que el capital asegurado es inferior al valor del interés asegurado ( $CA < IS$ ). En este caso las primas que paga el tomador son inferiores a las que realmente corresponden para cubrir el interés asegurado, por lo que en caso de producirse el siniestro, la prestación recibida también es inferior. Diferenciando también según la parte del interés asegurado siniestrada, se obtienen los siguientes casos:

- Si el siniestro afecta a la totalidad del interés asegurado ( $VS = IA$ ), la prestación coincide con el capital asegurado siendo inferiores al valor siniestrado y al interés asegurado ( $P = CA < VS = IA$ ).
- Si el siniestro afecta sólo a una parte del interés asegurado ( $VS < IA$ ) la prestación viene determinada por la denominada «**regla proporcional**», mediante la cual la cuantía de la prestación se calcula en función de la relación existente entre el capital asegurado, el interés asegurado y el valor siniestrado (es decir, una simple regla de tres:  $IA$  es a  $VS$ , como  $CA$  es a  $P$ ).

De esta forma la prestación es:  $P = (CA \times VS) / IA$

Además, aunque la prestación siempre es inferior al valor siniestrado y también al interés asegurado ( $P < VS < IA$ ) pueden producirse dos situaciones, en función de la cuantía del valor siniestrado, que determinan la relación entre éste y el capital asegurado:

- Si el valor siniestrado es menor que el capital asegurado ( $VS < CA$ ), la relación entre los cuatro parámetros analizados es ( $P < VS < VA < IA$ ).
- Si el valor siniestrado supera el capital asegurado, siempre sin llegar al importe del interés asegurado, la relación es ( $P < VA < VS < IA$ ).

Para evitar la utilización de la regla proporcional pueden utilizarse diferentes fórmulas entre las que destacan las siguientes:

- El **seguro a primer riesgo**, por el que se establece una cuantía (máxima) hasta la que queda cubierto el riesgo, de forma independiente del interés asegurado.
- El **seguro a valor estimado**, en el que el interés asegurado es fijado de común acuerdo entre el tomador y el asegurador.
- El **seguro a valor nuevo**, en el que la valoración se realiza al valor de reposición en el mercado.

#### EJEMPLO: CAPITAL ASEGURADO MENOR QUE EL INTERÉS ASEGURADO (INFRASEGURO).

Un bien con un valor de 20.000 euros es asegurado por el riesgo de incendios por un valor de 15.000 euros. Determinar la prestación total que recibe el beneficiario en los siguientes casos:

- A) Si el bien ha sido totalmente destruido por un incendio.
- B) Si los daños causados por el incendio ascienden a 5.000 euros.
- C) Si los daños se valoran en 16.000 euros.

Se produce un infraseguro, ya que el capital asegurado (15.000 euros), es inferior al valor del bien asegurado (20.000 euros).

- Si el siniestro es total, el valor del siniestro coincide con el interés asegurado, es decir 20.000 euros ( $20.000 = VS = IA$ ). Dado que el capital asegurado es inferior al valor del bien y que la prestación no puede suponer un enriquecimiento para el beneficiario, la cantidad pagada por la aseguradora coincide con el capital asegurado ( $15.000 = P = CA < VS = IA = 20.000$ ) Es decir, la prestación alcanza hasta los 15.000 euros.
- Si el siniestro es parcial y se valora en 5.000 euros, el valor siniestrado (5.000 euros), es inferior al valor asegurado y ambos inferiores al interés asegurado ( $5.000 = VS < CA = 15.000 < IA = 20.000$ ). En este caso, al tratarse de un infraseguro se hace necesaria la aplicación de la regla proporcional para determinar la prestación:  

$$P = (CA \times VS) / IA = (15.000 \times 5.000) / 20.000 = 3.750 \text{ euros, que será la prestación final.}$$
 Por tanto:  $3.750 = P < 5.000 = VS < 15.000 = CA < 20.000 = IA$ .
- Si el siniestro parcial es superior al capital asegurado, es decir como el valor siniestrado (16.000 euros), supera al valor asegurado (15.000) siendo ambos inferiores al interés asegurado ( $15.000 = CA < 16.000 = VS < 20.000 = IA$ ), entonces, de nuevo la existencia del infraseguro hace necesaria la aplicación de la regla proporcional para determinar la prestación:  

$$P = (CA \times VS) / IA = (15.000 \times 16.000) / 20.000 = 12.000 \text{ euros, que será la prestación final.}$$
 Por tanto:  $12.000 = P < 15.000 = CA < 16.000 = VS < 20.000 = IA$ .

Por otra parte, es posible el establecimiento de **seguros bajo fórmula de franquicia**, que consisten en fijar una cantidad (F) por debajo de la cual el asegurador no está obligado a realizar la prestación. De esta forma, aunque el valor asegurado coincida con el interés asegurado, hay una parte de este último que no está cubierta por el seguro. En caso de producirse un siniestro, el asegurador sólo está obligado a realizar la prestación cuando el valor siniestrado supere el límite fijado en la franquicia, siendo su importe la diferencia entre el valor siniestrado y la franquicia ( $P = VS - F$ ). Con este sistema, las aseguradoras consiguen ahorrarse los costes administrativos de siniestros de poca cuantía y que el asegurado se interese en la prevención del riesgo, beneficiándose simultáneamente de una prima reducida.

**EJEMPLO: SEGURO DE DAÑOS MATERIALES CON FRANQUICIA.**

Un determinado bien es asegurado contra el riesgo de incendio por 20.000 euros con una franquicia de 5.000 euros. El valor real del citado bien coincide con el capital asegurado. Determinar la prestación en los siguientes casos:

- a) Si el bien ha sido totalmente destruido por un incendio.
- b) Si el valor de los daños es de 15.000 euros.
- c) Si los daños causados por el incendio ascienden a 4.000 euros.

En este caso capital asegurado e interés asegurado coinciden por lo que existe seguro pleno ( $VS = IA = 20.000$  euros).

- a) Si el siniestro es total, el valor siniestrado también coincide con los 20.000 euros ( $VS = 20.000$  euros). La prestación recoge todo el valor siniestrado restando la franquicia ( $P = VS - F = 20.000 - 5.000 = 15.000$  euros). Por tanto, la prestación será  $P = 15.000 < 20.000 = VS = IA = CA$ .
- b) Si el siniestro es parcial por un importe que supera la franquicia, al producirse el siniestro por parte del interés asegurado (15.000 euros) el valor siniestrado es inferior a los 20.000 euros ( $VS = 15.000 < IA = CA = 20.000$ ). La prestación recoge todo el valor siniestrado restando la franquicia ( $P = VS - F = 15.000 - 5.000 = 10.000$  euros). Por tanto, la prestación es  $P = 10.000 < 15.000 = VS < 20.000 = IA = CA$ .
- c) Si el siniestro es parcial por un importe inferior a la franquicia, al producirse el siniestro por parte del interés asegurado (4.000 euros) el valor siniestrado es inferior a los 20.000 euros ( $VS = 4.000 < 20.000 = IA = CA$ ). Dado que la prestación se calcula restando al valor siniestrado la franquicia y que en este caso ésta supera la valoración de los daños, no existe prestación por parte de la aseguradora ( $P = VS - F = 4.000 - 5.000 = 0$  euros). Es decir, la prestación es nula. ( $0 = P < 4.000 = VS < 20.000 = IA = CA$ ).

Una vez analizadas las múltiples posibilidades de los seguros de daños materiales, para simplificar su estudio, se agrupan en tres bloques, distinguiendo entre:

- Los **seguros de incendio, elementos de la naturaleza, robo y otros (incluidos los seguros agrarios)**.
- Los **seguros de mercancías transportadas**.
- Los **seguros de vehículos**.

**9.1.4.2. Los seguros de incendio, elementos de la naturaleza, robo y otros (incluidos los seguros agrarios).**

Este tipo de seguros cubre los daños sufridos por los bienes (no recogidos en los restantes grupos) producidos por incendio, tormentas, granizo u otros elementos naturales, así como por cualquier otro suceso como el robo o la rotura de cristales.

Las primas de estos seguros suelen ser periódicas y la prestación se adapta a lo anteriormente expuesto al analizar las características generales de los seguros de daños materiales.

**9.1.4.3. Los seguros de mercancías transportadas.**

Estos seguros cubren los daños sufridos por los bienes o mercancías transportadas.

La **prima** pagada es única, abonándose para cada servicio de transporte.

La **prestación** se adapta a lo ya indicado para los seguros de daños a los bienes, aunque en caso de desperfectos subsanables, la aseguradora puede reparar el daño sufrido mediante la prestación de un servicio.

**9.1.4.4. Los seguros de vehículos (terrestres, mercancías y aeronaves).**

Estos seguros cubren los daños sufridos por los diferentes tipos de vehículos, distinguiendo entre los terrestres, los aéreos y los marítimos y fluviales.

Dentro de este grupo tiene especial importancia, e incluso un tratamiento diferenciado, el **seguro del automóvil**, en el que se incluyen un **seguro obligatorio** de uso y circulación del vehículo (que cubre los daños producidos a terceros, razón por la que se trata de un seguro de responsabilidad, analizado a continuación) y otro **seguro voluntario** (que permite cubrir desde los daños sufridos en el vehículo propio hasta la defensa penal de su titular).

Por tanto, este seguro del automóvil, al combinar coberturas de daños a los bienes y de responsabilidad, es un **seguro combinado o multirriesgo**.

### 9.1.5. LOS SEGUROS PRIVADOS PATRIMONIALES.

Esta modalidad de seguros cubre los riesgos relacionados con la reducción del patrimonio de las personas. Por tanto, no afectan a un bien concreto sino al **patrimonio global**, cubriendo las posibles pérdidas derivadas de dejar de percibir una cantidad, o de tener que realizar un pago.

Las figuras del tomador, el asegurado y el beneficiario pueden coincidir, aunque en algunos de ellos (como en los de responsabilidad civil) el beneficiario es el tercero perjudicado.

Las **primas** suelen ser periódicas, mientras que la **prestación** es de cuantía variable (en función del siniestro) y generalmente económica (aunque también puede consistir en la prestación de servicios como la asistencia de un abogado).

Aunque existen otros seguros patrimoniales, como por ejemplo, el de crédito a la exportación, los más destacados son los de responsabilidad civil, de pérdida de beneficios, de crédito y de caución, que se tratan seguidamente.

#### 9.1.5.1. Los seguros patrimoniales de responsabilidad civil.

Estos seguros cubren los daños y perjuicios causados a terceros producidos por la actuación del asegurado o de las personas por las que éste responde. Estos daños pueden afectar a las personas o a sus patrimonios.

Los beneficiarios son los terceros perjudicados por el riesgo cubierto; y dentro de éste riesgo se distingue el derivado de actividades no económicas, el derivado de actividades profesionales y el de actividades empresariales.

Las prestaciones recibidas suelen ser económicas (indemnizaciones recibidas por terceros o fianzas que se tiene la obligación de constituir) o pueden consistir en la prestación de un servicio (como la defensa jurídica).

#### 9.1.5.2. Los seguros de pérdida de beneficios o de lucro cesante.

Estos seguros cubren la posible reducción del resultado económico realmente obtenido con respecto al previsto, en el caso de que se produzca un determinado suceso establecido o determinado en el contrato de seguro, como la pérdida del empleo, la pérdida de alquileres, la de beneficios, la privación temporal del permiso de conducir, etc.

La prestación es económica, en forma de capital (o de subsidio, en el caso de la privación temporal del permiso de conducir), y su cuantía variable.

#### 9.1.5.3. Los seguros de crédito y de caución.

Estos seguros cubren el impago de una deuda.

En función del tomador y del beneficiario se puede diferenciar entre la modalidad de seguro de crédito y la modalidad de seguro de caución:

- Los **seguros de crédito** cubren la insolvencia definitiva de los deudores del tomador del seguro, incluyendo como insolvencia definitiva la quiebra del deudor, la aprobación judicial de reducción de la cuantía de la deuda, el mandamiento de ejecución o apremio sin bienes libres suficientes para el pago, o el acuerdo entre asegurador y asegurado de la incobrabilidad del crédito. Por tanto, tomador y beneficiario son la misma persona.
- En los **seguros de caución** el tomador del seguro es el deudor del beneficiario, actuando este último como acreedor. El riesgo cubierto es el incumplimiento, por parte del tomador, de su contrato con el beneficiario. De esta forma el beneficiario consigue hacer efectivo rápidamente su crédito mediante el pago del asegurador, mientras que, posteriormente, este último actúa contra el tomador. En este tipo de seguros el beneficiario es distinto del tomador.

En ambos casos la prima incluye el pago de la deuda, las gestiones de cobro y otros gastos pactados en la póliza. Por otra parte, la prima es puntual mientras que la prestación es económica, puntual y depende del grado de incumplimiento.

	ACREEDOR	DEUDOR
SEGURO DE CRÉDITO	TOMADOR Y BENEFICIARIO	
SEGURO DE CAUCIÓN	BENEFICIARIO	TOMADOR.

### 9.1.6. LOS SEGUROS PRIVADOS COMBINADOS O MULTIRIESGO.

Los seguros combinados o multiriesgo ofrecen cobertura frente a varios riesgos de forma simultánea y en una sola póliza.

Pueden incluir coberturas de vida y coberturas patrimoniales (frecuentemente, de daños a los bienes y de responsabilidad). Entre los más populares se encuentran la **póliza combinada del hogar**, la de **comunidades de vecinos**, y la **póliza de seguro del automóvil** (tratada en el apartado del seguro de vehículos).

Su variedad afecta tanto a primas como prestaciones, por lo que habrá que analizar cada caso tomando las características señaladas anteriormente para cada tipo de seguros.

### 9.1.7. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SEGURO PÚBLICO.

A lo largo de la historia, el Estado ha ido incrementando su actuación en la protección de los ciudadanos frente a diferentes riesgos. A este respecto, cabe indicar que también el Estado puede realizar seguros privados por medio de empresas públicas; pero en este apartado se hace referencia a los denominados **seguros sociales o sistemas públicos de previsión social o Seguridad Social**.

La existencia de un riesgo, el pago de cuotas o cotizaciones y la obtención de prestaciones son rasgos comunes con los seguros privados; si bien, existen rasgos diferenciales que, básicamente, se derivan de la **distinción entre el seguro y la previsión social** (que radica, esencialmente, en la finalidad específica de ésta, que es satisfacer la necesidad de seguridad económica de los individuos y de sus familias ante los denominados "riesgos sociales" o "riesgos inherentes a la vida social").

Los riesgos que, en sentido amplio, se pueden considerar inherentes a la vida social son muchos y de diversas clases (fisiológicos, derivados del medio social, etcétera); pero, en sentido estricto, la



delimitación de los mismos viene habitualmente determinada por el **cuadro de contingencias** ante las que otorgan protección los sistemas públicos de previsión social, o sistemas de Seguridad Social; delimitación del conjunto de los riesgos sociales bajo la cual cabe señalar los siguientes aspectos:

- Han de ser riesgos que tengan un cierto grado de homogeneidad entre sí, pues, de no ser así, ningún sistema de previsión social podría proporcionar protección frente a ellos con un mínimo grado de eficiencia.
- No se trata de una delimitación estática, sino dinámica, puesto que el conjunto de los riesgos ante los que los sistemas públicos de previsión social otorgan protección ha venido ampliándose a medida que éstos han evolucionado.
- Dicha delimitación de los riesgos sociales depende, en gran medida, de cuáles sean los principios políticos básicos del Estado (es decir, del corte más social o liberal que tenga la constitución) y de la situación política, social y económica del país.

En este sentido, puesto que el núcleo del campo de aplicación de los sistemas públicos de previsión social ha estado siempre constituido por la población que desempeña una actividad laboral (por cuenta ajena o propia), la finalidad primordial de la protección desarrollada por los mismos ha sido garantizar a dichos sujetos el mantenimiento de unos niveles de renta lo más próximos como sea posible a los ingresos que perciben por su trabajo, y los riesgos cubiertos (los riesgos sociales, por tanto) han sido, esencialmente, aquéllos cuyo acaecimiento signifique la pérdida o la disminución de dichos ingresos.

Sin embargo, la tendencia de los sistemas públicos de previsión social a extender su protección a toda la población del país (conforme a una moderna concepción de los mismos como servicio público) ha conducido a que los actuales sistemas de Seguridad Social protejan también a sujetos que no realizan una actividad laboral y se encuentran en situación de necesidad, proporcionándoles determinados servicios de carácter básico (la asistencia sanitaria y los servicios sociales) y unos ingresos mínimos de subsistencia.

Si se realiza una **comparación entre los seguros privados y los sistemas públicos de previsión social** se observa que:

- El papel del **tomador** en el seguro social es compartido por el asegurado y por el empresario (que realiza sus aportaciones mediante la cotización) y por la propia Administración pública (en el caso de las prestaciones no contributivas).
- La persona del **asegurado** coincide con el trabajador o sujeto asimilado.
- El papel del **beneficiario** incluye al trabajador (beneficiario de pleno derecho) y, en determinadas contingencias, a sus familiares y personas a su cargo.
- El papel de **asegurador** corresponde al Estado, aunque también pueden colaborar empresas privadas.

#### 9.1.7.1. Los riesgos cubiertos por el Seguro Público.

En otro orden de cosas, en cuanto al funcionamiento de la cobertura de riesgos realizada por la Administración Pública, para acceder a la protección por derecho propio (no como familiar) de los riesgos es necesario cumplir dos requisitos fundamentales: la **afiliación** del trabajador (en caso de trabajo dependiente debe realizarse por el empleador) y la **cotización**.

A diferencia de lo que ocurre en los seguros privados, junto a las cotizaciones aparecen las aportaciones del Estado vía presupuestos generales como fuente de financiación.

El sistema español utiliza ambas fuentes financieras, siendo la tendencia actual el incremento de las aportaciones vía presupuestos. Por otra parte, la transferencia a las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad llevan implícito un sistema de financiación diferenciado con respecto al del resto de la Seguridad Social.

Los riesgos cubiertos por la Administración Pública son los hechos que determinan el derecho a recibir prestaciones de la Administración Pública. Dentro de estos riesgos cubiertos se puede diferenciar entre los cubiertos a través del sistema de Seguridad Social, el riesgo por desempleo, el riesgo de impago por los empresarios y otros riesgos:

1. En cuanto a los **riesgos cubiertos por la Seguridad Social** se hace referencia a las principales contingencias cubiertas en el régimen General; si bien, hay que dejar claro que cada uno de los regímenes especiales puede presentar modificaciones:
  - La **protección de la salud**: La Seguridad Social protege a los beneficiarios ofreciendo los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a la conservación y recuperación de la salud.
  - La **incapacidad laboral**: Supone la imposibilidad de realizar una actividad laboral. Es cubierta tanto si es producida por enfermedad (común o profesional) como si se deriva de accidente (común o laboral).
  - La **invalidéz**: Es la situación de disminución o anulación de la capacidad laboral que puede afectar a un trabajador al finalizar la situación de incapacidad laboral.
  - La **jubilación**: Cubre la pérdida de ingresos derivados del cese de la realización de un trabajo por causa de la edad.
  - El **fallecimiento**: Cuando se produce la muerte de un trabajador la Seguridad Social incluye en su cobertura parte de los gastos del sepelio y la concesión de una serie de sumas para los familiares supervivientes.
  - La **protección de la familia**: Cubre la necesidad económica motivada por cargas familiares derivadas de la dependencia económica del sujeto protegido.
2. El **riesgo de desempleo** protege a quienes, queriendo y pudiendo realizar una actividad laboral, pierden su trabajo de forma definitiva o temporal (desempleo total) o se ven obligados a reducir su jornada laboral (desempleo parcial).
3. El **riesgo por impago de los empresarios** protege la falta de pago de los empresarios a los trabajadores mediante el FOGASA.
4. Dentro del grupo de **otros riesgos** pueden incluirse todas las contingencias no recogidas en los apartados anteriores. Destaca la formación profesional y la **asistencia social** (incluyendo asistencia sanitaria) a personas necesitadas y marginadas.

Por otra parte, la Administración pública también realiza la cobertura de situaciones de necesidad al margen de la Seguridad Social. Dentro de la misma hay que destacar:

- La **cobertura de las situaciones de desempleo**. Aunque la Constitución Española establece que las prestaciones por desempleo se integren en la Seguridad Social, en la práctica éstas son realizadas por una entidad gestora ajena a la misma, el Instituto Nacional de Empleo (INEM).
- La **formación profesional**, entendida como el conjunto de actividades destinadas a la promoción cultural y profesional de los trabajadores.
- El **Fondo de Garantía Salarial (FOGASA)** que cubre subsidiariamente a los empresarios en determinadas situaciones (como quiebra y suspensión de pagos) en sus deudas con los trabajadores por salarios e indemnizaciones.
- La **cobertura de otras necesidades**. A este respecto, parte de la asistencia sanitaria pública es realizada por organismos dependientes de la administración territorial (diputaciones, provincias, cabildos y ayuntamientos) y por el Servicio de Sanidad Militar dependiente del Ministerio de Defensa. En este aspecto hay que destacar la realización de la **asistencia de beneficencia**, que afecta a los sujetos sin derecho a Seguridad Social y sin recursos suficientes para contratar un seguro privado.

#### 9.1.7.2. La gestión de los riesgos cubiertos por el Seguro Público.

En la gestión del sistema de Seguridad Social, el Estado es el encargado de administrar y gestionar la misma, para lo que crea unos entes públicos especiales, tutelados por él, que se denominan «**entidades gestoras**». Dentro de estas entidades hay que diferenciar las que realizan la **gestión principal**, las encargadas de la **gestión auxiliar** y la **gestión colaboradora** efectuada por entidades privadas.

ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL		
GESTIÓN PRINCIPAL	RÉGIMEN GENERAL	INSS
		INSALUD
		IMERSO
	RÉGIMEN ESPECIAL	ISMAR
		ISFAS
		MUFACE
		MUJEJU
GESTIÓN AUXILIAR	TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
GESTIÓN COLABORADORA	EMPRESAS CON SUS EMPLEADOS	
	MUTUAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	

En cuanto a la **gestión principal de la Seguridad Social**, hay que distinguir entre el **Régimen General** (en el que se incluyen obligatoriamente los trabajadores por cuenta ajena), y los **regímenes especiales**, fundamentados en la naturaleza especial del estatuto jurídico bajo el que se realiza la actividad profesional o las características de ésta en sí misma (como el de trabajadores del mar, el de funcionarios civiles y militares, el de autónomos etc.). Además, dentro de los regímenes especiales los hay que tienen una entidad gestora específica y que son gestionados por las mismas entidades que gestionan el régimen general.

Por lo que respecta a la gestión del régimen general y de los regímenes sin entidad gestora específica, esta gestión es compartida por:

- El **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**, cuya función es el reconocimiento del derecho a recibir prestaciones de la Seguridad Social.
- El **Instituto Nacional de Salud (INSALUD)**, cuya función es la gestión y prestación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social (asistencia médica y farmacéutica) y la promoción de la salud.
- El **Instituto de Migración y Servicios Sociales (IMERSO)**, encargado de la gestión de los servicios complementarios.

Se puede destacar que la Ley General de Sanidad establece un cambio en el sistema de salud español tendente a modificar el habitual sistema de Seguridad Social para alcanzar un **Sistema Nacional de Salud**. Este es concebido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas bajo la coordinación sanitaria realizada por el Estado. El citado proceso culminará con la transferencia a todas las Comunidades Autónomas de las competencias en la gestión de la Seguridad Social, y con la creación de sus propios Servicios de Salud.

Por lo que respecta a las entidades gestoras de algún régimen especial, también denominadas a veces **mutualidades de carácter público**, incluyen a los entes que pueden realizar una gestión de la Seguridad Social limitada al ámbito de su propio régimen especial. Están capacitadas para la prestación de asistencia sanitaria siendo:

- El **Instituto Social de la Marina (ISMAR)**.
- El **Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)**.
- La **Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**.
- La **Mutualidad General de Justicia (MUGEJU)**.
- La **Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL)**.

En cuanto a la **gestión auxiliar de la Seguridad Social**, aunque existen varios órganos que participan en la misma, destaca la Tesorería General de la Seguridad Social. Entre sus funciones se

encuentra la inscripción de empresas y afiliación de trabajadores, así como la centralización de las operaciones económicas de la Seguridad Social.

Por lo que se refiere a la **gestión colaboradora con la Seguridad Social**, esta acción colaboradora consiste en la gestión realizada por personas físicas o jurídicas ajenas a la Administración Pública. Las entidades autorizadas para realizar esta gestión son las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la Seguridad Social y las empresas con respecto a sus trabajadores.

Las **Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social** tienen como actividad principal colaborar en la gestión de las prestaciones garantizadas por el Régimen General del sistema ante las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional, para aquellos trabajadores asalariados cuyos empresarios opten por formalizar la protección de sus empleados por estos riesgos con una de estas entidades en vez de hacerlo con las entidades públicas gestoras del sistema. Se trata de un tipo de mutualidades en que sus socios-asegurados son los empresarios que optan por asegurar en la entidad el riesgo de responsabilidad civil por los daños sufridos por los empleados a su servicio como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, y no dichos trabajadores asalariados, que son los beneficiarios de las prestaciones económicas y de asistencia sanitaria (y otras asistenciales) garantizadas por el sistema de Seguridad Social ante dichos riesgos y gestionadas por las mutuas, pero no los asegurados.

También las **empresas privadas** pueden realizar una actividad colaboradora con la Seguridad Social teniendo la posibilidad de realizar una gestión obligatoria y voluntaria. Dentro de la primera se encuentran prestaciones como la derivada de la incapacidad laboral transitoria motivada por enfermedad laboral, mientras que en la segunda se encuentra la misma prestación cuando es motivada por enfermedad común.

### 9.1.7.3. Las cotizaciones a la Seguridad Social.

La **cotización** consiste en el pago realizado por los sujetos obligados a cotizar, siendo este pago un requisito fundamental para tener derecho a la percepción de prestaciones en caso de que se produzca el riesgo cubierto (salvo en las denominadas pensiones no contributivas).

A diferencia de las primas de los seguros privados, su cuantía guarda una relación directa con la capacidad económica del contribuyente (por ejemplo, es un porcentaje que se aplica sobre el sueldo bruto).

Dentro de la cotización se diferencian cuatro conceptos a los que se destinan unos porcentajes calculados en función de parámetros como la categoría profesional o el salario. Estos conceptos son:

- Seguridad Social.
- Desempleo.
- Formación profesional.
- FOGASA.

Hay que señalar, tal y como se recoge en el siguiente cuadro, que mientras por los tres primeros conceptos cotizan tanto el empresario como el trabajador, la aportación al FOGASA corresponde únicamente al primero.

PORCENTAJES DE COTIZACIÓN APLICABLES A EMPRESARIO Y TRABAJADOR.		
	EMPRESARIO	TRABAJADOR
SEGURIDAD SOCIAL	23,6 %	4,7 %
DESEMPLEO	6,2 %	1,6 %
FOGASA	0,4 %	—
FORMACIÓN PROFESIONAL	0,6 %	0,1 %

#### 9.1.7.4. Las prestaciones de la Seguridad Social.

Si se cumplen los requisitos de afiliación y cotización y se produce alguno de los riesgos cubiertos (salvo determinadas excepciones) el beneficiario tiene derecho a recibir las prestaciones establecidas. Dentro de éstas, se diferencian dos grupos en función de su naturaleza: la prestación de servicios y las prestaciones económicas.

- La **prestación de servicios** se fundamenta en la prestación de **asistencia sanitaria**. Tiene vocación de universalidad, cubriendo tanto a los beneficiarios por derecho propio como a las personas que están a su cargo, e incluye servicios médicos y farmacéuticos. Con respecto a los últimos, hay que señalar que el porcentaje del coste soportado por cada colectivo es diferente, pudiendo incluso ser totalmente gratuitos.
- Las **prestaciones económicas** pueden ser de dos tipos:
  - Prestaciones para suplir rentas de trabajo: **pensiones vitalicias** y **subsidios temporales**.
  - Prestaciones para compensar gastos o daños: **asignaciones; indemnizaciones y auxilios**.

---

#### BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.

- BATALLERGRAU, J. (1997): *La liquidación del siniestro en los seguros de daños*, Tirant lo Blanch, Valencia.
- BLASCO LA HOZ, J.F.; LÓPEZ GANDÍA, J.; MOMPALER CARRASCA, M.A. (1994): *Curso de Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia.
- FERNÁNDEZ PAVES, M.J. (1996): *Las cotizaciones a la Seguridad Social*, Marcial Pons, Madrid.
- GALLEGOS DÍAZ DE VILLEGAS, J.E. (1997): *Modalidades clásicas y modernas del seguro de vida entera. Los seguros Unit Link*, Fundación Mapfre Estudios, Instituto Ciencias del Seguro, Madrid.
- GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, J.C.; RODRÍGUEZ-MARQUÉS, S.M. (1996): *Seguros de personas*, Pirámide, Madrid.
- INVESTIGACIÓN COOPERATIVA ENTRE ENTIDADES ASEGURADORAS (1991): *Introducción al Seguro*, ICEA, Madrid.
- ITURRIOZ DEL CAMPO, J. (1998): *El cooperativismo Sanitario Integral en el Sector de la Salud: Análisis de los flujos económico financieros*, Gabinete de Estudios y Promoción de Cooperativismo Sanitario, Madrid.
- LÓPEZ BARJA DE QUIROGA, J. (1994): *Lecciones de Seguridad Social*, Akal/lure, Madrid.
- PALOMO, R.J.; MATEU, J.L.; REY, V. (1999): *Manual Financiero-Fiscal del Ahorro, la Inversión y el Seguro*, ISTPB, Madrid
- VARIOS AUTORES (1997): *Estudios y comentarios sobre la Ley de Ordenación de los Seguros Privados*, MAPFRE, Madrid.

---

#### NORMATIVA LEGAL BÁSICA.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.
- Ley 30/1995, de 8 de noviembre, sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios.
- Real Decreto 1589/1999, de 15 de octubre, por el que se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por el Real Decreto 1307/1988, de 30 de septiembre.