



- ◆ Trabajo realizado por 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)

Capítulo 13

El Seguro como Instrumento de Inversión-Previsión

*Prof. Dr. Javier Iturrioz del Campo.*¹

13.1. INTRODUCCIÓN AL SEGURO.

13.1.1. El riesgo y la incertidumbre.

13.1.2. La cobertura de riesgos.

13.1.3. Elementos del contrato o póliza de seguro.

13.2. EL SEGURO PRIVADO.

13.2.1. Situación del mercado del seguro privado.

13.2.2. Tipos de entidades aseguradoras privadas.

13.2.3. Aspectos institucionales y de funcionamiento de las entidades aseguradoras.

13.2.4. El equilibrio en el riesgo soportado: el reaseguro y el coaseguro.

13.2.5. La prima y la prestación del seguro privado.

13.2.5.1. Las primas de los seguros.

13.2.5.2. La prestación de los seguros.

13.3. LA TIPOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SEGUROS PRIVADOS.

13.3.1. Los seguros personales.

13.3.1.1. Los seguros de vida (para caso de fallecimiento).

13.3.1.2. Los seguros de vida (para caso de vida o supervivencia).

13.3.1.3. Los seguros de vida mixtos.

13.3.1.4. Los seguros de vida vinculados con operaciones financieras y otras modalidades afines.

¹ Con la colaboración del **Prof. Dr. Rafael MORENO RUIZ**, Profesor Titular de la Universidad de Málaga, y experto en el ámbito actuarial, que ha contribuido en la actualización y precisión de determinadas partes de este capítulo.

- 13.3.1.4.1. Seguros de vida con participación en beneficios.
- 13.3.1.4.2. Seguros de vida combinados con fondos de inversión («Unit Linked» e «Index Linked»).
- 13.3.1.4.3. Seguros de vida con gestión de fondos colectivos de jubilación.
- 13.3.1.4.4. Las operaciones de capitalización.
- 13.3.1.5. Los seguros de accidentes.
- 13.3.1.6. Los seguros de enfermedad en los que se garantiza el reembolso de gastos médicos.
- 13.3.1.7. Los seguros de enfermedad en los que se garantiza la prestación de asistencia sanitaria.
- 13.3.2. Los seguros de daños a los bienes.
 - 13.3.2.1. Los seguros de incendio, elementos de la naturaleza, robo y otros (incluidos los seguros agrarios).
 - 13.3.2.2. Los seguros de mercancías transportadas.
 - 13.3.2.3. Los seguros de vehículos.
- 13.3.3. Los seguros patrimoniales.
 - 13.3.3.1. Los seguros de responsabilidad civil.
 - 13.3.3.2. Los seguros de pérdida de beneficios o de lucro cesante.
 - 13.3.3.3. Los seguros de crédito y de caución.
- 13.3.4. Los seguros privados combinados o multiriesgo.
- 13.4. EL SEGURO PÚBLICO.
 - 13.4.1. Diferencias entre el seguro público y el privado.
 - 13.4.2. Los riesgos cubiertos por la Administración Pública.
 - 13.4.3. La gestión de los riesgos cubiertos por la Administración Pública.
 - 13.4.4. Las cotizaciones y prestaciones de los Seguros Públicos.

Capítulo 13.

El Seguro como Instrumento de Inversión-Previsión.

13.1. INTRODUCCIÓN AL SEGURO.

Tradicionalmente, el seguro es concebido como un **contrato para la cobertura de riesgos** y, por tanto, como un instrumento de previsión. Sin embargo, sus características generan una serie de cobros y pagos, que hacen posible considerarlos también como instrumentos de inversión. En este capítulo se analizan los seguros como **instrumentos de inversión-previsión**, ofreciendo una perspectiva general del sector asegurador y, destacando las características de las diferentes modalidades de contratos de seguro. Para ello, la primera parte se ocupa de las **características fundamentales** del riesgo y de los seguros como instrumento de cobertura. Los apartados segundo y tercero se dedican a los **seguros privados** y a las peculiaridades de los **diferentes tipos de seguros** de esta naturaleza. Por último, el apartado final hace una breve referencia a los **seguros públicos**.

13.1.1. El riesgo y la incertidumbre.

El origen de los seguros se debe a la sensación de inseguridad o **incertidumbre** a la que se encuentran sometidas las personas tanto en su actividad laboral como en la personal o privada. Así, generalmente no se conoce con seguridad si van a ocurrir o no los acontecimientos que condicionarían el resultado de su actividad y, además, en caso de que se produzcan, no suele conocerse con certeza cuándo van a acaecer, cómo van a presentarse, o bien cuáles van a ser sus consecuencias económicas.

Se denomina **riesgo** a la manifestación de los fenómenos que conllevan una **incertidumbre objetiva**, entendida ésta como aquella que no depende del individuo que se enfrenta a la situación cubierta. El riesgo no se puede evitar o eliminar; tan sólo puede valorarse, cuantificarse o medirse lo mejor posible (mediante la correspondiente probabilidad de acaecimiento) y prevenir las consecuencias económicas o personales que pudiera ocasionar.

Los riesgos pueden ser **clasificados** según diferentes criterios, dos de los cuales son los siguientes:

- A) Según cuáles sean sus **consecuencias**, en caso de producirse, es posible distinguir entre:

- Riesgos **personales**: aquéllos que tienen efectos directos sobre la salud, la integridad física, o la vida de las personas.
- Riesgos **patrimoniales**: aquéllos cuyas consecuencias recaen sobre los bienes o los derechos de las personas; como puede ser el incendio o la inundación de una vivienda, el de robo de un 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.
- 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).

B) Según que el riesgo, al acaecer o producirse, sólo pueda conllevar consecuencias **negativas**, o también **positivas**, se puede distinguir entre:

- Riesgos **puros**: aquéllos que sólo pueden dar lugar a consecuencias económicas negativas (pérdidas).
- 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.

13.1.2. La cobertura de riesgos.

Ante los riesgos derivados de la incertidumbre, y 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** o que disminuyen los efectos económicos negativos que los riesgos podrían suponer 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:²

- 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 financiero** (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-actuarial**, 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.

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, muchas modalidades de seguros (especialmente las de vida) consisten en contratos de 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.

13.1.3. 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:

² Obviamente se puede tratar de evitar el riesgo, además de prevenirlo y de adoptar las oportunas medidas de previsión. Así, por ejemplo, frente al riesgo de robo en un hogar, la permanencia continua de personas en el mismo podría tratar de evitar el riesgo, asimismo, se podría tratar de prevenir adoptando medidas de seguridad y protección; y, por último, un seguro podría prevenir mediante una indemnización la pérdida por robo de objetos de valor.

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 la conocida como seguro de lucro cesante, en el que el riesgo asegurado es la pérdida de una expectativa de beneficio que se tenía (generalmente por parte de una empresa o 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, **prima** o cuota, que se trata posteriormente.
- La **prestación**, también analizada posteriormente.

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 física y/o 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 puede ser asegurado, por ejemplo, una persona jurídica en un contrato de seguro que cubra un riesgo patrimonial o de responsabilidad.

El asegurado no tiene por qué coincidir con el tomador del seguro, aunque en muchas modalidades de seguros siempre sea así. Así, por ejemplo, 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, éste 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 organización o compañía 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. Por estas y otras razones, la actividad aseguradora requiere la autorización administrativa previa correspondiente.

ELEMENTOS DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

■ ELEMENTOS MATERIALES.

- El riesgo.
- La prima.
- La prestación.

■ ELEMENTOS PERSONALES.

- El tomador.
- El asegurado.
- El beneficiario.
- El asegurador.

13.2. EL SEGURO PRIVADO.

Tal y como se ha mencionado hay que distinguir entre los seguros privados y los denominados seguros sociales o de previsión social correspondientes a los sistemas de Seguridad Social. En este capítulo se presta especial atención a los seguros privados, dedicando el último apartado los seguros realizados por la Administración Pública.

Como su nombre indica, los **seguros privados** son de iniciativa privada y, por tanto, independientes o complementarios a la Seguridad Social. Son realizados por entidades privadas a las que se exige una serie de requisitos para su funcionamiento. El análisis de estos requisitos así como los sistemas para mantener el equilibrio en el riesgo global, sirven para establecer las bases de las prestaciones y contraprestaciones derivadas de los mismos.

13.2.1. Situación del mercado del seguro privado.

En cuanto al **mercado del seguro**, el grado de penetración de esta industria en la economía española³ se situaba a finales de la década de los años 90, en torno al 5 por ciento, un

³ Medido por el cociente primas brutas o comerciales del seguro directo/producto interior bruto. Datos tomados de las Memorias Estadísticas de Seguros Privados publicadas por la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda

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, mayor es 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 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 cómo cada vez se extiende más 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.

RANKING DE EMPRESAS POR SEGUROS DIRECTOS EN EL AÑO 2001

Entidad	Mill. Euros	Cuota
1. Alianz Cia de Seguros y Reaseguros, S.A.	2.006,37	4,744
2. Vidacaixa S.A. de Seguros y Reaseguros.	1.964,90	4,646
3. Santander de Seg. y Reas. S.A. (Cenit S.A. Seg. y Rea.)	1.739,32	4,112
4. BBVA Seg. S.A. de Seg. y Reas. (antes Euroseguros)	1.734,53	4,101
5. Mapfre Mutualidad Seguros y Reaseguro a Prima Fija	1.538,08	3,636
6. Caja de Seguros Reunidos S.A. Caser	1.308,57	3,094
7. Mapfre Vida S.A. de Seguros y Reaseguros	1.307,33	3,091
8. Aseguradora Valenciana S.A. de Seguros Aseval	1.269,77	3,002
9. Bansabadell Vida S.A.	1.189,24	2,812
10. Banco Vitalicio de España Compañía de Seguros	1.109,56	2,623
11. La Estrella S.A. de Seguros y Reaseguros.	984,68	2,328
12. Axa Aurora Iberica S.A. de Seguros y Reaseguros	939,68	2,222
13. Zurich Esp. Comp. de Seg. y Reas. S.A. (Antes Caudal)	865,02	2,046
14. Ascat Vida S.A. de Seguros y Reaseguros	833,51	1,971
15. Winterthur Seguros Generales S.A.	785,36	1,857
16. Mapfre Re. Compañía de Reaseguros S.A.	665,74	1,574
17. Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A.	665,67	1,574
18. Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros	613,63	1,451
19. Mutua Madrileña Automovilista S.S.P.F.	612,32	1,448
20. Winterthur Vida S.A.	576,08	1,364

13.2.2. 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.

- A) Las **sociedades anónimas** de seguros son empresas aseguradoras en las que, estando el capital social dividido en acciones, la condición de socio o propietario es independiente de la de asegurado o tomador de un seguro, y la toma de decisiones y el reparto de beneficios se realizan en función de la participación en el capital social.
- B) Las **mutualidades o mutuas** de seguros son entidades aseguradoras en las 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 establecidos en la legislación vigente, se realiza en función de la participación en la actividad de la mutua (es decir, de la prima pagada). Por otra parte, la legislación de ordenación del seguro privado distingue entre las mutualidades o mutuas 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 de los siniestros. En las mutuas 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 de seguros a prima variable tienen limitados los posibles riesgos a cubrir.

- C) Las **cooperativas de seguros**, al igual que las mutuas, tienen la característica de que los asegurados son socios de la cooperativa. Tanto el voto como la distribución de resultados el comportamiento es similar al de las mutuas, por lo que ambos aspectos son independientes de la participación en el capital social. También pueden operar a prima fija o variable. 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 aseguradora 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).
- D) Las denominadas **mutualidades de previsión social** son mutuas 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 alternativo a 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 también pueden operar a prima fija o a prima variable, pero ello no determina un cambio en la denominación de la entidad.

TIPOS DE ENTIDADES ASEGURADORAS PRIVADAS

- Sociedades anónimas de seguros.
- Mutualidades o mutuas de seguros.
- Cooperativas de seguros.
- Mutualidades o mutuas de previsión social.

13.2.3. 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 los riesgos. Sobre todo porque, al tener que pagar 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.
- 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. Así, las personas físicas o jurídicas que, directa o indirectamente, participen en la constitución de la entidad aseguradora mediante una aportación 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 cualificación o de la experiencia profesional 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 tienen que acreditarlos al solicitar la autorización administrativa que es necesaria para realizar la actividad aseguradora. 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 y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía**, les exige disponer de las necesarias provisiones técnicas y de un margen de solvencia.

- Las **provisiones técnicas** son unos fondos 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. La empresa aseguradora debe disponer del mismo en todo momento, pudiendo estar integrado por ciertos fondos de su estructura financiera. Conforme a la legislación actualmente en vigor, su cuantía mínima se determina en función de las primas emitidas o de las prestaciones satisfechas.

13.2.4. El equilibrio en el riesgo soportado: 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 la reducción o atenuación de este riesgo 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 (PCAi), estableciendo su prestación (Pi) 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):

$$P = \sum P_i = \sum CA \times PCA_i$$

EJEMPLO: COASEGURO.

En un seguro de vida para 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.

13.2.5. La prima y la prestación del seguro privado.

Los seguros privados implican una serie de cobros y pagos por parte de los diferentes sujetos que participan en el mismo. Estos movimientos económicos son fundamentales para analizar el seguro tanto desde la perspectiva de previsión como desde la perspectiva de inversión. Desde el punto de vista del inversor o de la persona cubierta, la cantidad abonada se identifica con la **prima del seguro**, mientras que la cuantía recibida se corresponde con la **prestación** obtenida del seguro.

13.2.5.1. 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.

En términos generales, la **prima** 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; por ejemplo, puede traducirse en la ausencia de descuento en seguros de automóviles para jóvenes.
- Los **recargos de gestión**, que tienen por objeto cubrir los gastos de administración 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 cuales se tienen en cuenta elementos como la probabilidad de que se produzca el siniestro y el coste probable 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.; mientras que 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, la edad del conductor, etc.

Las primas pueden clasificarse según diferentes criterios:

- 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.
- 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.

13.2.5.2. 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.

A) 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 determinados siniestros como en los 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:

A.1) En función de la posibilidad de cuantificar el riesgo cubierto, la prestación puede ser:

- **Prestación indemnizatoria plena**, que se establece en función del valor cuantificable del daño sufrido en el siniestro. Es propia de los seguros de daños a los bienes, de los patrimoniales 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.

A.2) Según la forma de la prestación.

- **Prestación económica** o consistente en sumas monetarias. Se aplica, en los seguros de vida, en los de accidentes y también en muchos patrimoniales y de bienes.
- **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 proporcionar el 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, repatriación por accidente en el extranjero), la defensa por un abogado (por ejemplo, en el seguro de responsabilidad civil), etc.

A.3) 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 de la 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.

B) 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 (el valor de rescate) al cancelar anticipadamente la póliza. Esta prestación se fundamenta en la formación, con las primas pagadas, de la reserva o provisión 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 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.

13.3. LA TIPOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SEGUROS PRIVADOS.

En función de los riesgos cubiertos, los seguros privados pueden clasificarse en seguros personales, seguros de daños a los bienes, seguros patrimoniales (incluidos los de responsabilidad) y seguros combinados. Las diferentes modalidades de seguros privados, comprendidas dentro de los tipos anteriores, son analizadas en el apartado siguiente.

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 de vida vinculados con operaciones financieras: participación en beneficios, combinados con fondos de inversión ("unit linked" e "index linked"), y con planes de jubilación.

1.2. Seguros de accidentes.

1.3. Seguros de enfermedad.

1.3.1. Garantizan el reembolso de gastos médicos.

1.3.2. 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 MULTIRRIESGO.

13.3.1. Los seguros 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**.
- 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**.

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.

13.3.1.1. Los seguros de vida (para caso de fallecimiento).

En este tipo de seguros, que son los más habituales y conocidos de esta categoría, la entidad aseguradora paga una suma al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado. Necesariamente, el asegurado tiene que ser una persona diferente al beneficiario.

Una modalidad particular de estos seguros se denomina **seguro de vida diferido para 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 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 habitualmente la **prestación** es 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 vitalicios o 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 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 hacer 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.

13.3.1.2. Los seguros de vida (para caso de vida o supervivencia).

En estos seguros, el pago de la prestación se realiza si el asegurado vive en una determinada fecha, siendo posible la coincidencia, en una misma persona, del tomador, del asegurado y del beneficiario. Las **primas** son periódicas, y su cuantía puede variar igualmente, 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 convierte el seguro resultante en uno mixto (ver apartado siguiente).

13.3.1.3. Los seguros de vida mixtos.

En este tipo de seguros, el asegurador se compromete a abonar una cantidad al beneficiario si el asegurado fallece antes de una 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 ya se hecho referencia) y los **seguros mixtos de prima única**.

Estos últimos son seguros de vida suscritos por una entidad financiera, como tomadora del seguro, al que se adhieren los clientes de la misma de forma colectiva como asegurados. Éstos abren una cuenta en la entidad financiera en la que ingresan el importe de la prima (que suele ser 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 un gran atractivo hace años por razones de cierta ambigüedad fiscal, hasta que se reguló su situación.

13.3.1.4. Los seguros de vida vinculados con operaciones financieras y otras modalidades afines.

Por sus características, los seguros de vida son los más apropiados, de entre los diversos tipos de seguros, para ser utilizados como vehículo de **inversiones financieras**. Las entidades aseguradoras, en muchas ocasiones con la colaboración de entidades financieras, han creado una serie de fórmulas que los hacen muy similares a verdaderos productos financieros. Con ellas no se busca sólo la cobertura de un riesgo, sino también:

- **Seguridad:** Los seguros cuentan con la garantía del control de la Administración sobre las aseguradoras.
- **Rentabilidad:** El tipo de interés logrado por las aseguradoras difícilmente puede ser logrado por un inversor individual.
- **Liquidez:** Mediante cláusulas de reembolso flexibles es posible recuperar la inversión (realizada mediante primas) en el momento deseado.

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 **operaciones de capitalización**.

13.3.1.4.1. 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 posible buen comportamiento de la mortalidad de los asegurados), generalmente mediante una **reducción de la prima**, mediante un **aumento de la prestación** o capital asegurado, o mediante la **percepción directa** de la participación correspondiente.

13.3.1.4.2. Seguros de vida combinados con fondos de inversión («Unit Linked» e «Index Linked»).

La particularidad de este tipo de seguros de vida, nacidos a raíz de la aprobación de una Directiva Comunitaria de diciembre de 1991, consiste en que la compañía aseguradora invierte las primas aportadas por los asegurados en participaciones en **fondos de inversión**.

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 **permite cambiar de un fondo de inversión 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 (cliente) 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 (así ha ocurrido hasta el 31 de diciembre de 2002), puesto que **desde el 1 de enero de 2003, el llamado «peaje fiscal de los fondos de inversión» ha desaparecido**; esto es se puede cambiar de fondo de inversión sin necesidad de tributar.

Esta curiosa «artimaña» financiero-fiscal se fundamenta en que se considera que los cambios entre fondos son realizados por las entidades aseguradoras (que asumen el papel de partícipes de los fondos) y no los asegurados o clientes (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.

La posibilidad de cambiar de fondo de inversión sin sufrir repercusiones fiscales hizo que este tipo de seguros tuviesen un gran atractivo para los inversores. Sin embargo, como se ha referido anteriormente, desde el 1 de enero de 2003, la reforma fiscal ha eliminado el que fue principal atractivo de estos productos desde el punto de vista tributario. Por otra parte, 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), la tributación surgirá en ese momento, por lo que se producirá un diferimiento de la misma.

TRIBUTACIÓN GENERAL DE LA PRESTACIÓN DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA (IRPF 2003).		
MODALIDAD DE PRESTACIÓN.	CALIFICACIÓN TRIBUTARIA.	RENDIMIENTO A INTEGRAR.
A) Capital diferido	Capital mobiliario	= Capital percibido - primas satisfechas. El rendimiento resultante tiene reducciones en función de la antigüedad de las primas: - 40% para primas de más de dos años. - 75% para primas de más de cinco años.
B) Renta inmediata	Capital mobiliario	- En forma de Renta Vitalicia: las anualidades percibidas se multiplican por los porcentajes en función de la edad del perceptor. - En forma de Renta Temporal: las anualidades se multiplican por los porcentajes en función de la duración de la renta.
C) Renta diferida	Capital mobiliario	- En forma de Renta Vitalicia: las anualidades se multiplican por un porcentaje en función de la edad del perceptor y a esta cantidad hay que sumar la rentabilidad obtenida hasta la constitución de la renta. - En forma de Renta Temporal: las anualidades se multiplican por los porcentajes en función de la duración de la renta y a esta cantidad hay que sumar la rentabilidad obtenida hasta la constitución de la renta.

Fuente: REY, V.; PALOMO, R.; MATEU, J.L. (2003): *Guía Fiscal del Inversor* (3ª. Ed.), Instituto Superior de Técnicas y Prácticas Bancarias y Gabinete de Analistas Económico-Financieros. Madrid.

Para que se puedan aplicar las reducciones sobre las prestaciones de los contratos de seguros de vida en los contratos «Unit Linked» debe concurrir alguna de las siguientes circunstancias⁴:

- 1) Que no se otorgue al tomador la facultad de modificar las inversiones afectas a la póliza, sino que estas inversiones sean modificadas por cuenta de la entidad aseguradora.
- 2) Que las provisiones matemáticas se encuentren invertidas en:
 - a) Acciones o participaciones de o en instituciones de inversión colectiva, predeterminadas en los contratos siempre que:
 - Se trate de instituciones de inversión colectiva adaptadas a la Ley 46/1984, de 26 de diciembre, reguladora de las mismas.
 - Se trate de instituciones de inversión colectiva amparadas por la Directiva 85/611/CEE del Consejo, de 20 de diciembre de 1985.
 - b) Conjuntos de activos reflejados de forma separada en el balance de la entidad aseguradora siempre que se cumplan los siguientes requisitos:
 - La determinación de los activos integrantes de cada uno de los distintos conjuntos de activos separados corresponde, en todo momento, a la entidad aseguradora quien goza de plena libertad para elegir los activos con sujeción a criterios generales relativos al perfil de riesgo del conjunto de activos.
 - Las inversiones de cada conjunto de activos deben cumplir con los límites de diversificación y dispersión establecidos por la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
 - El tomador únicamente tiene la facultad de elegir entre los distintos conjuntos separados de activos en los que debe invertir la entidad aseguradora la provisión matemática del seguro. No obstante, en ningún caso puede intervenir en la determinación de los activos concretos en los que, dentro de cada conjunto separado, se invierten tales provisiones.

Desde el 1 de enero de 2003 no existe la limitación de elección no superior a 10 entre las distintas instituciones de inversión colectiva o conjuntos separados de activos como estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 2002.

Para aplicar este tratamiento tributario las condiciones descritas deben cumplirse durante toda la vigencia del contrato.

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.

⁴ Como se recoge con más detalle en: REY, V.; PALOMO, R.; MATEU, J.L. (2003): Guía Fiscal del Inversor (3ª. Ed.), Instituto Superior de Técnicas y Prácticas Bancarias y Gabinete de Analistas Económico-Financieros, Madrid.

13.3.1.4.3. 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 en caso de supervivencia vence a la edad de jubilación.

13.3.1.4.4. Las operaciones de capitalización.

Las entidades aseguradoras pueden realizar diferentes operaciones no consideradas propiamente como operaciones de seguros, como son las **operaciones de capitalización**. Estas operaciones 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.

13.3.1.5. Los seguros 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 o sus sistemas complementarios.

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 determinado viaje), suele ser periódica.

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

13.3.1.6. Los 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 superar la enfermedad; que puede cubrir el total de los gastos o un porcentaje de los mismos.

13.3.1.7. Los 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:

- Servicios médicos y farmacéuticos que restablecen o conservan la salud y la aptitud para el trabajo.
- Servicios que completan las prestaciones farmacéuticas y médicas.
- 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 algún servicio.

PRIMAS Y PRESTACIONES EN LOS SEGUROS PERSONALES

TIPO DE SEGURO		PRIMA	PRESTACIÓN
SEGUROS DE VIDA	Para caso de muerte.	Periódica.	Económica.
	Para caso de vida o supervivencia.	Periódica.	Económica.
	Mixtos.	Periód./única.	Económica.
	Seguros de vida vinculados a operaciones financieras: (Particip. en Beneficios, "unit linked").	Periód./única.	Económica.
SEGUROS DE ACCIDENTES		Periód./única.	Económica o asist. Sanitaria.
SEGUROS DE ENFERM.	Garantiza reembolso de gastos médicos.	Periód./única.	Económica.
	Garantiza prestación de asistencia sanitaria.	Periódica.	Asistencia sanitaria.

13.3.2. Los seguros de daños a los bienes.

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 efectos fiscales.

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 monetaria, 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 (por ejemplo, un nuevo vehículo o un vehículo de sustitución). 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 asegurado (CA = IA).

En relación con este primer caso, 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.
El 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 asegurado 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 sobreseguro, ya que el capital asegurado (25.000 euros) es superior al valor real 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) y, 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 sobreseguro 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 sobreseguro.**

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 sobresseguro, 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: $P = \sum P_i = P_x + P_y + P_z = 20.000$

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

b) Si el siniestro es parcial, el valor siniestrado (5.000 euros) es inferior al valor asegurado y al capital asegurado ($5.000 = VS < IA = 20.000 < CA = 52.000$). 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: $P = \sum P_i = P_x + P_y + P_z = 5.000$ 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 ($P < VS < CA < IA$).
- Si el valor siniestrado supera el capital asegurado, siempre sin llegar al importe del interés asegurado, la relación es ($P < CA < VS < IA$).

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).

- a) 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.
- b) 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:
 $P = (CA \times VS) / IA = (15.000 \times 5.000) / 20.000 = 3.750$ euros, que será la prestación final.
 Por tanto: $3.750 = P < 5.000 = VS < 15.000 = CA < 20.000 = IA$.
- c) 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:
 $P = (CA \times VS) / IA = (15.000 \times 16.000) / 20.000 = 12.000$ 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, como se ha mencionado más arriba, consiste 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 vehículo es asegurado por 20.000 euros con una franquicia de 5.000 euros. Se supone que actualmente el valor real del vehículo coincide con el capital asegurado. Determinar la prestación en los siguientes casos:

- a) Si el vehículo ha sido totalmente destruido en un accidente.
- b) Si el valor de los daños en un accidente es de 15.000 euros.
- c) Si los daños causados en un accidente 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 ($P = VS - F = 4.000 - 5.000 = -1.000$ euros, es decir, 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.**

LA PRESTACIÓN EN LOS SEGUROS DE DAÑOS A LOS BIENES

CA = IA	VS = IA	P = VS = IA = CA	
S. Pleno	VS < IA	P = VS < IA = CA	
CA > IA	VS = IA	P = VS = IA < CA	
Sobreseg.	VS < IA	P = VS < IA < CA	
CA < IA Infraseg.	VS = IA	P = CA < VS = IA	
	VS < IA	VS < CA	P < VS < VA < IA
		VS > CA	P < VA < VS < IA

CA: Capital asegurado.

IA: Interés asegurado.

VS: Valor siniestrado.

P: Prestación.

13.3.2.1. 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.

13.3.2.2. 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 materiales, aunque en caso de desperfectos subsanables, la aseguradora puede reparar el daño sufrido mediante la prestación de un servicio.

13.3.2.3. Los seguros de vehículos.

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, al combinar coberturas de daños a los bienes y de responsabilidad, es un seguro combinado o multirriesgo.

13.3.3. Los seguros 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 en una operación o transacción, 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 o de la causa pactada), y, generalmente, de naturaleza monetaria (aunque también puede consistir en la prestación de servicios como la asistencia jurídico-legal).

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** y de **crédito y de caución**, que se tratan seguidamente.

13.3.3.1. Los seguros 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. Por ejemplo, seguros profesionales (médicos, abogados, arquitectos, etc.) o seguros para miembros de consejos de administración.

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

13.3.3.2. 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 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.

13.3.3.3. 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 **prestación** 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.

TOMADOR Y BENEFICIARIO EN LOS SEGUROS DE CRÉDITO Y CAUCIÓN

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

13.3.4. 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**.

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

PRIMAS Y PRESTACIONES EN LOS SEGUROS A LOS BIENES, PATRIMONIALES Y COMBINADOS

TIPO DE SEGURO	PRIMA	PRESTACIÓN	
SEGUROS A LOS BIENES	Seguro de incendio, elementos naturales, robos y otros	Periódica.	Económica.
	Seguro de mercancías y transporte.	Cada servicio.	Econ./servicio.
	Seguro de vehículos	Periódica.	Econ./serv/espec.
SEGUROS PATRIMON.	Responsabilidad civil.	Periód./única.	Econ./servicio.
	Pérdida de beneficio o lucro cesante.	Periód./por servicio	Económica.
	Crédito y caución.	Por servicio.	Económica.
SEGUROS COMBINADOS		Periód./única.	Econ./serv/espec.

13.4. EL 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, sistemas públicos de previsión social o Seguridad Social.

13.4.1. Diferencias entre el seguro público y el privado.

La existencia de un riesgo, el pago de cuotas y la obtención de prestaciones son rasgos comunes con los seguros privados. Sin embargo existen **aspectos diferenciales** que, básicamente, se derivan de:

- La distinción entre el **seguro** y la **previsión social**. Esta diferencia 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».
- La cobertura **no contributiva**. Tradicionalmente el núcleo del campo de aplicación de los sistemas públicos de previsión social ha estado constituido por la población que desempeña una actividad laboral (por cuenta ajena o propia). Sin embargo, la tendencia de los sistemas públicos de previsión social a extender su protección a toda la población de los países (conforme a una tradicional 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 (como la asistencia sanitaria y los servicios sociales) y unos ingresos mínimos de subsistencia. Por tanto, mientras en los seguros privados el pago de las primas es requisito fundamental para realizar la cobertura, en los seguros públicos también se realiza la cobertura de sujetos que no pagan las citadas primas (prestaciones no contributivas).

En cuanto a los elementos personales, 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, 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, con carácter general, al trabajador (beneficiario de pleno derecho) y, en determinadas contingencias, a sus familiares y personas a su cargo. Sin embargo, tal y como se ha comentado, también se prolonga a otros ciudadanos.
- El papel de **asegurador** corresponde al Estado, aunque también pueden colaborar empresas privadas.

13.4.2. Los riesgos cubiertos por la Administración Pública.

Los riesgos cubiertos por la Administración Pública son los hechos que determinan el derecho a recibir prestaciones de la misma. En sentido amplio, se pueden considerar los inherentes a la vida social, 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. La delimitación del conjunto de los riesgos sociales debe tener en cuenta 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.
- La 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 su Constitución o Régimen) y de la **situación** política, social y económica del país.

Dentro de los riesgos 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:

- 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.
- 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).
- El **riesgo por impago de los empresarios** protege la falta de pago de los empresarios a los trabajadores mediante el Fondo de Garantía Salarial (FOGASA).
- Dentro del grupo de **otros riesgos** pueden incluirse todas las contingencias no recogidas en los apartados anteriores. Destaca la **formación profesional**, el **seguro obligatorio de vejez** y los **servicios sociales** (incluyendo asistencia sanitaria) a personas necesitadas y marginadas.

13.4.3. La gestión de los riesgos cubiertos por la Administración Pública.

El Estado es el encargado de administrar y gestionar los riesgos cubiertos, para lo que ha creado 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.

En cuanto a la **gestión principal**, 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:

ENTIDADES GESTORAS DE SEGUROS PÚBLICOS

GESTIÓN PRINCIPAL	REG. GENERAL Y ESPEC. SIN ENTIDAD GESTORA	INSS
		INST. NAC. GEST. SANIT.
		IMSERSO
		INEM
	REG. ESPECIAL CON ENTIDAD GESTORA	ISMAR
		ISFAS
		MUFACE
		MUNPAL
GESTIÓN AUXILIAR	TESORERÍA GL. DE LA SEG. SOCIAL	
	EMPRESA CON SUS EMPLEADOS	
GESTIÓN COLABORAD.	MUTUAS DE ACCID. DE TRABAJO Y ENFERM. DE LA SEG. SOCIAL	

- El **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**, cuya función es la gestión y administración de las prestaciones económicas de la Seguridad Social y el reconocimiento del derecho a recibir asistencia sanitaria.
- El **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**, sustituye, a partir del año 2002, al Instituto Nacional de Salud (INSALUD) en la función es la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social (asistencia médica y farmacéutica). Con ello se culmina el cambio establecido en la Ley General de Sanidad tendente a modificar el tradicional sistema sanitario 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 ha llevado a la transferencia a todas las Comunidades Autónomas de las competencias en la gestión sanitaria de la Seguridad Social y a la creación de sus propios Servicios de Salud. Por este motivo el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria tan solo realiza la prestación sanitaria en Ceuta y Melilla, sufriendo un proceso de adaptación a una entidad de menor dimensión.
- El **Instituto Nacional de Empleo (INEM)**, se encarga de la gestión y control de las prestaciones por desempleo.
- El **Instituto de Migración y Servicios Sociales (IMSERSO)**, es el encargado de la gestión de los servicios como las prestaciones complementarias para personas mayores y discapacitadas o la asistencia e integración de los emigrantes.

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**, 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**, ésta consiste en la gestión realizada por personas físicas o jurídicas ajenas a la Administración Pública. Las entidades autorizadas para realizarla 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.

Por otra parte, la Administración pública también realiza la cobertura de **situaciones de necesidad**. A este respecto, parte de la asistencia sanitaria pública es realizada por organismos dependientes de la administración territorial (diputaciones, provincias, cabildos y ayuntamientos) destacando 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.

13.4.4. Las cotizaciones y prestaciones de los Seguros Públicos.

Las primas que se producen en los seguros privados tienen su correspondencia en las cotizaciones y aportaciones no contributivas de los seguros públicos. De la misma forma, se produce una equivalencia entre las prestaciones derivadas de los seguros públicos y de los privados.

A) Las cotizaciones y otras aportaciones.

A diferencia de lo que ocurre en los seguros privados, junto a las aportaciones del trabajador y de la empresa (**cotización**), los seguros públicos cuentan con 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 lleva implícito un sistema de financiación diferenciado con respecto al del resto de la Seguridad Social.

Las **cotizaciones**, consisten 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 prestaciones 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 y como el trabajador, la aportación al FOGASA corresponde únicamente al primero.

B) 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.

BASES DE COTIZACIÓN

	EMPRESA	TRABAJADOR	TOTAL
SG. SOCIAL	23,6%	4,7%	28,30%
DESEMPLEO	6,00%	1,55%	7,55%
FOGASA	0,40%	—	0,40%
FORMACIÓN PROFESIONAL	0,60%	0,10%	0,70%

Datos tomados para Contingencias comunes y tipo general de desempleo.

BIBLIOGRAFIA 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.; MOMPALAR CARRASCA, M.A. (1994): *Curso de Seguridad Social*, Tirant lo Blanch, Valencia.
- BARRÓN DE BENITO, J. L. (1999): *Condiciones generales de la contratación y contrato de seguro*, Dykinson, Madrid.
- BATALLER GRAU, J.; (2002): *Comentarios a la ley de contrato de seguro*, 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.
- MORENO RUIZ, R. (2000): *Mutualidades, Cooperativas, Seguro y Previsión Social*. Departamento de Publicaciones del Consejo Económico y Social. Colección Estudios Número 103, Madrid.
- PALOMO, R. J.; MATEU, J. L.; REY, V.; HERRERO, S. (2000): *Manual financiero-fiscal del ahorro, la inversión y el seguro*, ISTPB, Madrid.
- REY, V.; PALOMO, R.; MATEU, J.L. (2003): *Guía Fiscal del Inversor*, (3ª. Ed.), Gabinete de Analistas Económico Financieros (GAEF) e Instituto Superior de Técnicas y Prácticas Bancarias, Madrid.
- PALOMO, R. J.; MATEU, J. L.; REY, V.; HERRERO, S. (2000): *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 BASICA.

- 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 1588/1999, 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.
- Real Decreto 996/2000, de 2 de junio, por el que se modifican determinados preceptos del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y del plan de contabilidad de entidades aseguradoras y normas para la formulación de las cuentas de los grupos de entidades aseguradoras, aprobado por el Real Decreto 2014/1997, de 26 de diciembre, para adaptarlos a la Directiva 98/78/CE, de 27 de octubre.
- Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía.
- Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.