

# El seguro privado de dependencia como mecanismo de previsión voluntaria de la dependencia (1)

por

MARÍA DEL MAR HERAS HERNÁNDEZ  
*Profesora Titular de Universidad*  
*Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*  
*Universidad Rey Juan Carlos*

## SUMARIO

- I. LA DEPENDENCIA COMO PROBLEMA SOCIAL E INDIVIDUAL. DIFERENTES ÁMBITOS DESDE LOS QUE SE AFRONTA LA PROTECCIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE.
- II. LA OBLIGADA COMPATIBILIDAD DE LA PREVISIÓN VOLUNTARIA DE LA DEPENDENCIA CON EL SISTEMA PÚBLICO PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD).
- III. MARCO NORMATIVO DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.
- IV. LA REGULACIÓN DEL SEGURO DE DEPENDENCIA: UNA MUESTRA MÁS DE LA ASISTEMÁTICA LEGISLATIVA QUE SE VIENE PRACTICANDO.
- V. CONCEPTO DE DEPENDENCIA: LA REMISIÓN A LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.
- VI. CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO AL SEGURO DE DEPENDENCIA.

---

(1) Este trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación «Protección Jurídica, Social y Asistencial de las personas incapacitadas, con discapacidad y dependientes. Perspectivas de futuro», subvencionado por el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, SEJ 2007-67099, cuyo investigador principal es el Doctor Don José Pérez de Vargas Muñoz, Catedrático de Derecho Civil de la Universidad Rey Juan Carlos.

VII. CONCEPTO DE SEGURO DE DEPENDENCIA.

VIII. EL SEGURO DE DEPENDENCIA COMO SEGURO DE PERSONAS INCARDINADO EN EL RAMO DE VIDA O ENFERMEDAD.

IX. ALGUNOS ASPECTOS RELATIVOS AL RÉGIMEN JURÍDICO DEL SEGURO DE DEPENDENCIA:

1. TITULARES DE LA RELACIÓN JURÍDICA CONTRACTUAL:
  - 1.1. *Las entidades aseguradoras: Sus formas.*
  - 1.2. *El tomador del seguro. El asegurado.*
2. CONTENIDO OBLIGACIONAL DEL CONTRATO:
  - 2.1. *Obligaciones a cargo del tomador del seguro:*
    - 2.1.1. El deber precontractual de declarar todas aquellas circunstancias que sean necesarias para la adecuada determinación del riesgo. El deber de declarar las circunstancias sobrevenidas agravantes del mismo.
    - 2.1.2. El deber de comunicar el siniestro.
    - 2.1.3. La obligación de emplear los medios necesarios para amiorar las consecuencias derivadas de la dependencia.
    - 2.1.4. Pago de la prima: Modalidades de pago y exenciones.
  - 2.2. *Obligaciones a cargo de las entidades aseguradoras:*
    - 2.2.1. La obligación de informar debidamente al tomador del seguro.
    - 2.2.2. Prestaciones debidas: El seguro de dependencia como seguro de sumas, de prestaciones *in natura* o de servicios, o mixtas.
3. EL DESENVOLVIMIENTO TEMPORAL DEL CONTRATO: EL COMIENZO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES DEBIDAS POR LA ASEGURADORA.
4. RÉGIMEN JURÍDICO DE LA MORA DE LAS ASEGURADORAS DE LA DEPENDENCIA:
  - 4.1. *Requisitos de la mora.*
  - 4.2. *La mora cuando la aseguradora viene obligada a una prestación pecuniaria o estrictamente indemnizatoria.*
5. RESOLUCIÓN DEL SEGURO DE DEPENDENCIA POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS POR LOS TITULARES DE LA RELACIÓN JURÍDICA CONTRACTUAL:
  - 5.1. *Resolución por las aseguradoras por incumplimiento del pago de la prima.*
  - 5.2. *Resolución por incumplimiento de las prestaciones debidas por las aseguradoras de la dependencia.*
  - 5.3. *El derecho de desistimiento unilateral del tomador del seguro de dependencia.*
  - 5.4. *Seguros de dependencia ligados a planes y fondos de pensiones. Referencia al tratamiento fiscal.*

## I. LA DEPENDENCIA COMO PROBLEMA SOCIAL E INDIVIDUAL. DIFERENTES ÁMBITOS DESDE LOS QUE SE AFRONTA LA PROTECCIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE

¿Suscribiría usted un seguro de dependencia que le permitiera afrontar las consecuencias perjudiciales que le ocasione la falta de autonomía para el desenvolvimiento de su vida diaria? Y aún más importante, ¿suscribiría usted esta modalidad de seguro aún conocedor de la existencia de un sistema de protección pública de la dependencia? Dicho de otra manera, ¿qué sentido tiene contratar esta modalidad de seguro cuando se garantiza un derecho subjetivo público universal a percibir una asistencia mínima de naturaleza pública?

Su respuesta, probablemente, será negativa por varias razones: por la falta de información que, en general, existe en torno a este producto —no en vano su presentación jurídica se ha llevado a cabo a través de un tratamiento mínimo sustentado en una remisión legislativa constante, lo que hace de él un auténtico y gran desconocido—. En segundo lugar, porque puede parecer que la Ley de dependencia cumpla plena y satisfactoriamente todas las expectativas por ella generada, y aparentemente quedan cubiertas todas y cada una de las necesidades concretas de las personas en situación de dependencia, deviniendo entonces innecesaria su contratación. También por la falta de concienciación (2), inducida probablemente por la confusión que genera su aparente similitud con el seguro de asistencia sanitaria. A todo ello se une la aún todavía escasa comercialización de este producto, situación que comporta que, hoy por hoy, no tengamos experiencia práctica para valorar los resultados e incidencia real que su contratación tiene en la financiación de la dependencia.

Sin embargo, la respuesta a la pregunta inicialmente formulada será positiva si comparte conmigo la experiencia de tener un dependiente a su cargo, trabaja, tiene hijos, la persona dependiente percibe una pensión media y conoce el precio escandaloso que puede llegar a alcanzar una residencia privada, así como las interminables listas de espera en residencias públicas o cofinanciadas. A estos problemas personales se añade la incertidumbre que nos invade a todos respecto a la percepción efectiva de pensiones y prestaciones públicas en un futuro más o menos inmediato.

Precisamente la finalidad de este estudio será dar a conocer algunos aspectos civiles de esta modalidad de seguro, conociendo bondades e inconvenientes, clarificando una regulación que resulta cuando menos compleja.

Hasta fechas muy recientes, el problema de la dependencia y sus costes han sido asumidos básicamente por la familia de la persona dependiente. Tras

---

(2) GUERRERO DE CASTRO, M., «El seguro de dependencia», en *RES*, 2001, núm. 105, pág. 172. También apunta la falta de «sensibilidad social». ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, A., «Seguro de dependencia: ¿qué interés tiene para el sector privado asegurador?», en *Relaciones Laborales*, La Ley, T. II, 2004, pág. 269.

la aprobación de la Ley de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se produce un importante punto de inflexión al consagrarse legalmente el derecho subjetivo público y universal a ser beneficiario de las políticas sociales públicas destinadas a la protección de las situaciones de dependencia. La obligada confluencia de la protección privada-familiar y la protección asistencial pública, impone la necesidad de encontrar un justo punto de equilibrio con la finalidad no sólo de evitar cualquier situación de desatención, sino de garantizar el acceso universal a una asistencia pública compatible con la adopción de mecanismos de prevención privada de la dependencia (3).

La dependencia puede abordarse desde distintas perspectivas no exclusivas ni excluyentes. Así puede contemplarse como necesidad privada, debiéndose buscar entonces soluciones también desde el ámbito estrictamente privado; como auténtico derecho subjetivo, facilitándose su ejercicio, o como riesgo social (4). Por otra parte, la dependencia precisa no sólo de soluciones básicas y genéricas, sino también de medidas específicas, personalizadas y adaptadas a las necesidades generadas por cada situación (5). En ocasiones, la persona dependiente requerirá de cuidados y tratamientos médicos y asistenciales específicos. Precisamente es en estos casos cuando la familia carece de tiempo, medios necesarios y la cualificación precisa para hacer frente a estas particulares necesidades. Sólo en algunas ocasiones, las meras prestaciones económicas (6) podrán solucionar, o al menos paliar, algunas de las necesidades más primarias que la dependencia acarrea, como la adaptación de la vivienda de la persona dependiente, o la contratación de personas que

---

(3) La protección integral de la dependencia ha generado todo un entramado jurídico multidisciplinar con el propósito de alcanzar una protección asistencial personalizada, de modo que con independencia de la disciplina jurídica en la que nos movamos, la referencia legal explícita a la persona dependiente es ya algo habitual. Sirva como ejemplo, relativamente reciente, la Disposición Adicional primera del Real Decreto 1618/2007, de 7 de diciembre, sobre organización y funcionamiento del Fondo de Garantía del Pago de Alimentos, al reconocer como beneficiarios de estos anticipos a los hijos e hijas discapacitados mayores de edad cuando en ellos concurran las circunstancias prevenidas por el Real Decreto (art. 4 del mismo).

(4) MERCADER UGUINA, J. R., «Concepto y concepciones de la dependencia», en *Protección social de las personas dependientes*, coord.: González Ortega y Quintero Lima, La Ley, 2004, pág. 67 y sigs.

(5) El artículo 3.f) LD establece como uno de los principios básicos de la Ley la personalización de la atención. Por su parte, el Programa Individual de Atención contemplado en el artículo 29 de la Ley de dependencia posibilita que las distintas intervenciones se adapten a las necesidades de la persona dependiente según su grado y nivel de dependencia, permitiéndose —como no podía ser menos— su participación mediante la previa consulta —que debe ser obligada—, e incluso a través de la elección de las alternativas asistenciales propuestas, o que él mismo proponga.

(6) Las prestaciones económicas son: aquellas vinculadas al servicio (art. 17 LD); prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18LD) y prestaciones económicas de asistencia personal (art. 19 LD).

auxilien y apoyen su desenvolvimiento diario. En otras, sin embargo, las prestaciones económicas no serán plenamente satisfactorias en atención a los distintos tipos de dependencia, considerándose como única prestación satisfactoria aquélla que dota a la persona dependiente de servicios asistenciales, ya se preste en el propio domicilio, ya en centros residenciales.

Por otro lado, uno de los grandes problemas que se plantean en materia de dependencia es el de su financiación, para lo que se precisa optimizar todo tipo de recursos, ya sean de naturaleza pública o privada. En gran medida el legislador se ha enfrentado al problema de la financiación de modo dubitativo o vacilante. Por un lado, la Disposición Adicional 14 de la Ley 55/1999, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden social (7), ordenaba al Gobierno la elaboración del régimen jurídico y fiscal del seguro de dependencia, decantándose claramente por la financiación privada, reduciéndose la intervención pública a medidas fiscales adoptadas para incentivar la contratación de este tipo de seguros privados. Posteriormente la clara tendencia de creación de una protección social de carácter universal de la dependencia se constata definitivamente en la Ley de dependencia, Ley 39/2006. Posteriormente la Ley 41/2007, reguladora del Mercado Hipotecario, introduce un nuevo cambio, centrándose en la financiación voluntaria de la dependencia a través de dos mecanismos: la hipoteca inversa y el seguro privado de dependencia. Probablemente el legislador es ya consciente de los problemas reales que plantea la financiación de esta protección social, de la creciente —y yo diría— imparable demanda de apoyo y auxilio requerido por la población dependiente que disparará irrefrenablemente la deuda pública.

La dependencia no puede ni debe quedar reducida a un mero problema individual o familiar cuya resolución se deje al ámbito estrictamente privado, si no que su frecuencia y la creciente franja de población afectada impone su concepción como auténtico problema social de enorme envergadura cuyo principal obstáculo es, en la práctica, la búsqueda de fuentes de financiación que garanticen el derecho universal a ser asistido cuando se es persona dependiente. Por otra parte, la creciente generalización del riesgo como consecuencia, básicamente de la mayor esperanza de vida, hace prácticamente inoperante la cobertura dada tradicionalmente por la familia (8) y de modo particular por las mujeres. De ahí que la intervención pública resulte absolutamente necesaria si se quieren cubrir los espacios de desprotección que los cambios sociales y

---

(7) «El Gobierno, en el plazo de seis meses, presentará a las Cortes Generales un informe relativo al seguro de dependencia, con una propuesta de regulación, un marco fiscal que la incentive y las modificaciones normativas necesarias para que pueda ser una prestación realizada por los planes de pensiones, las mutualidades de previsión social y demás entidades aseguradoras».

(8) MALDONADO MOLINA, J. A., *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Tirant lo Blanch, núm. 145, Valencia, 2003, pág. 22.

familiares han generado en el cuidado de los mayores y/o dependientes. El grado, alcance y contenido real de esta intervención pública está por determinar, así como también la obligación legal y moral de las familias de afrontar estas situaciones respecto a parientes más cercanos, sabiendo que su responsabilidad no puede, ni debe alcanzar situaciones de dependencia severas o de larga duración. El predominio, bien del sistema público, bien del sistema privado, está en relación con el nivel de desarrollo de la protección social que haya sido implantado. En países nórdicos, muy avanzados en temas sociales, no ha sido necesario configurar un sistema específico de prestaciones sociales, sino que el problema ha sido en buena parte resuelto mediante una reorganización de los servicios sociales ya existentes. Por el contrario, el predominio de la protección privada de la dependencia encontrará una gran cabida en países en los que la protección social no está tan desarrollada, dejándose, entonces, un amplio margen de actuación a la contratación de los seguros privados (9). Ahora bien, debe quedar claro que la previsión privada de la dependencia no debe, en ningún caso, restar importancia a la intervención pública respecto a los dependientes con menos recursos económicos.

La protección de las personas dependientes se afronta básicamente a través de tres ámbitos concretos: el privado mediante la prevención y ahorro de los propios particulares. Dentro de éste se desenvuelve también la asistencia a personas dependientes dentro de su propio ámbito familiar mediante cuidadores no profesionales. Desde el ámbito público, a través de la red de servicios sociales encargados de dotar de un nivel de asistencia y apoyo mínimo al beneficiario de estos servicios, arbitrándose en la práctica mecanismos de colaboración en función de los recursos económicos de la persona dependiente. Por último, el jurisdiccional, mediante la protección de la persona y los bienes de quien haya sido declarado incapacitado, si así procede.

## II. LA OBLIGADA COMPATIBILIDAD DE LA PREVISIÓN VOLUNTARIA DE LA DEPENDENCIA CON EL SISTEMA PÚBLICO PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

La previsión privada de la dependencia en general, y de modo particular, de los seguros de dependencia, pasa necesariamente por articular mecanismos que posibiliten que esta prevención privada no se constituya en un sistema sustitutivo, o mejor dicho alternativo, debiéndose buscar fórmulas que permitan su compatibilidad con el Sistema Público para la Autonomía y Atención a la dependencia (SAAD). Con la finalidad de optimizar los recursos públicos, se establecen redes asistenciales y sociosanitarias, basadas en un sistema

---

(9) MALDONADO MOLINA, J. A., *op. cit.*, pág. 71.

de cofinanciación a través del cual se articula la participación de los usuarios de estos servicios en atención a sus recursos económicos (renta, patrimonio), *ex* artículo 33 de la Ley de Dependencia.

Otras manifestaciones de esta aparente compatibilidad son las prestaciones económicas vinculadas al servicio, los servicios concertados de atención y cuidados; las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar y de apoyo a cuidadores informales. En el caso del seguro de dependencia, el legislador ha optado por la configuración de un seguro privado, voluntario (10), que no debe impedir el acceso a una protección pública mínima (11) a la dependencia y que de ningún modo privará del ejercicio del derecho subjetivo a ser atendido en tales situaciones.

Y es que la previsión voluntaria de la dependencia convive con un auténtico derecho subjetivo público y universal, *ex* artículo 4 de la Ley de Dependencia. No se trata de que el Estado articule meras prestaciones sociales de naturaleza pública en base a unos requisitos legales previamente establecidos, sino que los titulares de este auténtico derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y a la atención a las personas en situación de dependencia, deben tener garantizado por la Administración central un contenido mínimo común para todos los ciudadanos que residen en cualquier lugar del territorio español y hayan sido declarados dependientes. Se trata de un derecho subjetivo público, de acceso universal, de carácter personalísimo y por tanto, intransmisible (12).

---

(10) Podría haberse configurado como un seguro público formando parte de las prestaciones propias de la Seguridad Social. Precisamente SEMPERE NAVARRO, A., y CAVAS MARTÍNEZ, F., *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2008, sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Thomson, Aranzadi, 2007, pág. 55, ambos autores apuntan como la generalización de la dependencia y la escasa capacidad económica de quienes la padecen, habría hecho más adecuado un aseguramiento público que un aseguramiento privado. Tales razones serían en parte la causa del fracaso en la demanda del producto y la necesidad de ofrecerlo en combinación con otros.

(11) El artículo 7 de la Ley 39/2006 garantiza un nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado, un nivel acordado entre la Administración General del Estado y cada una de las CCAA y un nivel adicional que pueden establecer las distintas CCAA con cargo a sus presupuestos.

Debe tomarse en consideración el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del SAAD. Por su parte, el Real Decreto 74/2009, de 30 de enero, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia para el ejercicio 2009, tiene por objeto establecer las cuantías para el nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado para el ejercicio 2009.

(12) El artículo 5 de la Ley de Dependencia declara que serán titulares de este derecho subjetivo, los dependientes, nacionales y no nacionales que residan en territorio español al menos durante cinco años, dos de los cuales deberán ser inmediatamente anteriores a la solicitud.

Dentro del reconocimiento legal a la iniciativa privada en la protección de la dependencia y la clara apuesta por incentivar la utilización de mecanismos privados para incrementar las rentas, se encuentran también una serie de contratos que se celebran precisamente con este propósito, como la renta vitalicia o el de alimentos. La importancia que recobra ahora la protección privada de la dependencia se debe al retraso en la puesta en marcha de esta Ley en todas las Comunidades Autónomas y las graves dificultades de financiación en las distintas redes asistenciales, situación que puede dar al traste con la declaración de principios que realiza una Ley que precipita la implantación universal de un diseño público de protección mínima que disparará irrefrenablemente el gasto público. Si esto es así, la respuesta de cómo llegar a alcanzar la conjugación de ambos sistemas para evitar discriminaciones constituye la piedra angular para salvar la aparente dicotomía que existe entre protección pública y protección privada (13). La conciliación del denominado SAAD y la financiación diseñada por el propio dependiente resulta una cuestión clave (14) para dotar de contenido, en primer lugar, lo dispuesto en el artículo 33.2 de la Ley de Dependencia —«Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos»—. En segundo lugar, para que se garantice que una mayor capacidad económica de los beneficiarios no impida su acceso a esta asistencia pública, aunque si se tendrá en cuenta para determinar su participación en los costes finales de estos servicios o para fijar los criterios de un acceso preferente.

En todo caso, la necesidad de promover una financiación privada complementaria al SAAD, se fundamenta en varias razones, en cierto modo ya apuntadas: las dificultades para el reconocimiento de este derecho; la insuficiencia y demora de los servicios públicos; en que la universalidad en el acceso es relativo, aunque sólo sea por la implantación progresiva que se impone por aplicación de la Disposición Final primera de la Ley 39/2006 (15), y por último, por la clara insuficiencia de las prestaciones económicas que sólo garantizan unos mínimos (16).

---

(13) GUERRO DE CASTRO, M., *op. cit.*, pág. 168.

(14) MALDONADO MOLINA, J. A., *op. cit.*, pág. 82.

(15) Aunque las distintas Leyes Autonómicas declaran la universalidad de las prestaciones, la normativa que las desarrolla limitan considerablemente el acceso a los servicios asistenciales y a las prestaciones económicas. Así, en la Comunidad Autónoma de Madrid, la Orden 1387/2008, de 11 de junio, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regula el acceso a los servicios, las prestaciones económicas, la intensidad e incompatibilidades de los mismos para las personas en situación de dependencia en la Comunidad de Madrid, el artículo 4 se refiere a la tipología de servicios y prestaciones económicas en función del grado y nivel de dependencia, refiriéndose al grado III, Gran dependencia en nivel 1 y 2; y Grado II, para dependencias severas en sus niveles 1 y 2.

(16) El artículo 13 del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, establece que la cuantía de las prestaciones económicas del



### III. MARCO NORMATIVO DEL SEGURO DE DEPENDENCIA

Deben tomarse en consideración los principios constitucionales en los que se asienta la protección social de la dependencia, artículos 41, 43 y 50 CE, así como lo dispuesto en el artículo 148.1.20 CE, en el que se declara que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de asistencia social, competencia que ha sido transferida definitivamente a través de los distintos Estatutos de Autonomía de las respectivas Comunidades Autónomas. Particularmente, ya en el ámbito de la dependencia debe tomarse como punto de partida la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia —especialmente la Disposición Adicional séptima— así como la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, Ley de Regulación del Mercado Hipotecario y de otras normas del sistema hipotecario y financiero, que regula la cobertura privada de la dependencia a través de la hipoteca inversa (Disposición Adicional primera. Regulación relativa a la hipoteca inversa); el contrato de seguro de dependencia, o la suscripción de planes de pensiones en los que expresamente se contengan en sus especificaciones la cobertura de la contingencia de dependencia (Disposición Adicional segunda. Regulación relativa al seguro de dependencia).

En virtud de la Disposición Adicional segunda de la Ley 41/2007, y de manera supletoria al régimen jurídico establecido contractualmente, resulta de aplicación el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre (17), en los términos y alcance que después referiremos; por último, deben tomarse en cuenta algunos preceptos del Texto Refundido de la Ley de Regulación de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, y su normativa de desarrollo.

---

SAAD, se establecerá anualmente por el Gobierno mediante Real Decreto, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para los grados y niveles con derecho a prestaciones, actualizándose en función del IPC.

El Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE de 31 de enero de 2009), establece las cuantías máximas para el ejercicio de 2009, a favor de aquellas personas que sean o hayan sido reconocidas en el Grado II, Dependencia Severa, nivel 1 y 2; Grado III, gran dependencia, niveles 1 y 2. Estas prestaciones están referidas: a prestación económica vinculada al servicio; prestación económica para cuidados en el entorno familiar y prestación económica de asistencia personal.

(17) Modificado parcialmente por Ley 13/2007, de 2 de julio, por la que se modifica el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, en materia de supervisión del reaseguro.

#### IV. LA REGULACIÓN DEL SEGURO DE DEPENDENCIA: UNA MUESTRA MÁS DE LA ASISTEMÁTICA LEGISLATIVA QUE SE VIENE PRACTICANDO

El envejecimiento, las enfermedades o los accidentes de tráfico nos enfrentan de modo inexorable al agravamiento del problema social de la dependencia. El seguro de dependencia, puede suponer un importante ahorro de los recursos públicos, estatales o autonómicos, ahorro que se extiende también a los llamados costes indirectos relacionados con la prestación de cuidados y asistencia prestada por cuidadores informales (18), como son las alteraciones de horarios, permisos o vacaciones, descenso del rendimiento laboral, en general, e incluso absentismo laboral; todo ello sin olvidar los innumerables costes personales que conlleva la prestación de cuidados especiales o de larga duración por parte del núcleo familiar más próximo a la persona dependiente.

La Ley 41/2007, de 7 de diciembre, que modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, Ley de regulación del Mercado Hipotecario y de otras normas del sistema hipotecario y financiero y de regulación de las hipotecas inversas y del seguro de dependencia, regula, *ex novo*, dos nuevos mecanismos privados de prevención privada a las personas mayores y/o dependientes: la hipoteca inversa y el contrato de seguro de dependencia. Es una Ley estatal, sin duda, ambiciosa en sus propósitos, contenido y alcance, y respecto a la que no podemos sino resaltar su diversidad de contenido (19). Finalidades, todas ellas, que en atención a su evidente trascendencia resultan difícilmente subsumibles en un mismo cuerpo legal, por su distinto propósito y objetivo, lo que viene a constatar la reciente tendencia del legislador a aprovechar la ocasión de legislar sobre cuestiones dispares que poco o nada tienen que ver entre sí, y en la necesidad de que el destinatario de las normas analice con temor y de modo exhaustivo las mismas, bajo la acuciante sospecha de que pueden verse afectadas materias relevantes de modo colateral a otras.

Sea como fuere, se establece un régimen jurídico del seguro de dependencia basado en la remisión y el reenvío legislativo más absoluto, lo que dificulta enormemente su comprensión directa. Así las cosas, lo más adecuado hubiera sido abordar el régimen jurídico del seguro de dependencia con más de detenimiento. Se propuso ya la inserción de este tipo de seguros en la Ley del Seguro Privado, concretamente incluyéndolo en el seguro de per-

---

(18) Cuidadores no profesionales que no perciben ningún tipo de retribución. El 80 por 100 son mujeres de edad media e incluso de edad avanzada. Esta situación está cambiando por imperativos sociales, aunque de manera muy lenta.

(19) Ya que se dedica tanto a la adopción de medidas de política financiera, hipotecaria, tributaria, como asienta las bases de una mayor transparencia en la contratación de préstamos y créditos hipotecarios, toda vez que se propone fomentar la independencia de las entidades de tasación y dota de cobertura legal la protección privada de la dependencia.

sonas (20). Lo cierto es que se hubiese precisado un tratamiento legislativo más detallado que evitase las ambigüedades que se están apreciando, más allá de la somera contemplación de este tipo de seguros en el apartado 2 del artículo 6.1.a) del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (21), o en el apartado a) del artículo 6.2.A del anterior texto normativo, en el que se incluye al seguro de dependencia dentro del ramo de vida, declarándose a tales efectos que:

*«a) El seguro sobre la vida, tanto para el caso de muerte como de supervivencia, o ambos conjuntamente, incluido en el de supervivencia el seguro de renta; el seguro sobre la vida con contra-seguro; el seguro de «nupcialidad», y el seguro de «natalidad». Asimismo, comprende cualquiera de estos seguros cuando estén vinculados con fondos de inversión. Igualmente podrá comprender el seguro de dependencia».*

Por lo que se refiere a la hipoteca inversa, también hubiera sido preferible que su regulación hubiese tenido el correspondiente reflejo legislativo en las normas propias de su ámbito (22). Y es que en definitiva, para justificar esta particular y sugerente regulación dedicada tanto al seguro de dependencia, como a la hipoteca inversa, su tratamiento se enmarca anodinamente en disposiciones adicionales insertas en una reforma del mercado hipotecario y se invoca para ello el llamamiento legal que realiza la disposición adicional séptima de la Ley de la Autonomía Personal y Atención a las personas en

---

(20) Así se ha propuesto por un sector de la doctrina mercantilista con carácter previo a la aprobación de su régimen jurídico por la Disposición Adicional segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, modificativa del sistema hipotecario y financiero. MARTÍNEZ-GUJÓN MACHUCA P., «El seguro de dependencia. Régimen jurídico», en *Situaciones de dependencia: Regulación actual y nuevas perspectivas*, Thomson, Civitas, 2007, pág. 539, manifiesta, en este sentido, su opinión, diciendo al respecto que: «Creemos que una regulación coherente con la propia sistemática de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante LCS), debería suponer que el seguro de dependencia se incluyera entre los seguros de personas, junto al seguro de vida, al seguro de accidentes, al seguro de enfermedad y al seguro de asistencia sanitaria. En concreto, su ubicación podría estar en una nueva Sección (sería la Quinta), dentro del Título III —«seguro de personas»— de la LCS».

(21) Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, modificado parcialmente por la Ley 13/2007, de 2 de julio, por la que se modifica el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

(22) PEREÑA VICENTE, M., «La protección de la vivienda habitual en los supuestos de sobreendeudamiento y dependencia», en *Actualidad Civil*, núm. 16, pág. 1731, al declarar con acierto que: «...el legislador no incorpora la hipoteca inversa a la Ley Hipotecaria, ni al Código Civil, ni a ninguna otra norma en la que pudiera ubicarse, lo que nos parece un primer síntoma de la debilidad de esta regulación que va a quedar entre las disposiciones adicionales de una ley sin sustantividad propia porque es de reforma de otra, es decir, sin una ubicación sistemática adecuada».

situación de dependencia, dedicada a los «Instrumentos privados para la cobertura de la dependencia», en la que se ordena al Gobierno que en el plazo de seis meses promueva las modificaciones legislativas que procedan para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia, y que, con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la Ley, se promueva la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.

Al respecto decir, por un lado, que el plazo de seis meses se incumplió sobradamente; por otro, que la cobertura privada de la dependencia bien merecería un tratamiento individualizado, no sólo por el impacto social que todo lo relativo a la dependencia tiene, sino por el compromiso político asumido por el Gobierno desde la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; todo ello, claro está, al margen de la valoración que posteriormente se realice de la regulación contenida en esta Ley 41/2007, que como hemos señalado, se basa en remisiones legislativas que exigen la elaboración del régimen jurídico y fiscal del contrato de seguro de dependencia, ya que la lectura de esta disposición adicional segunda abre puertas y ventanas a una auténtica incógnita jurídica, respecto a la que tan sólo se han trazado una serie de líneas maestras del todo insuficientes.

## V. CONCEPTO DE DEPENDENCIA: LA REMISIÓN A LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La Disposición Adicional segunda de la Ley 41/2007 ordena que la cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador para el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato. Esta norma contiene una clara remisión al concepto de dependencia contemplado en el artículo 2.2 de la Ley 39/2006, en la que se define como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Efectivamente por dependencia se entiende aquella situación permanente o irreversible susceptible de agravación en la que se encuentra una persona, de necesitar de manera imprescindible la ayuda y colaboración de otra per-

sona para poder llevar a cabo las actividades más elementales de su cotidianeidad. La gravedad de la situación vendrá dada en función de aquellas actividades que la persona dependiente no pueda llevar a cabo por sí misma. Estas actividades se han clasificado en dos grandes grupos: las conocidas como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (23) y/o actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVD). Dentro del primer grupo se incluyen las actividades de alimentación, higiene, generación del propio bienestar, movilidad, capacidad para realizar tareas del hogar, vestirse, reconocer personas y objetos, capacidad para orientarse, entendimiento, posibilidad de ejecutar órdenes o tareas sencillas relacionadas con el ámbito doméstico. En el segundo grupo se incluyen aquellas actividades de relación necesarias para el desarrollo personal y social, aquéllas que contribuyen a la integración y participación social del sujeto (art. 2.4 LD) (24). Entre estas actividades se incluyen la capacidad de gestionar el patrimonio, capacidad de dar oportunamente instrucciones, toma de decisiones relativas a gestiones ordinarias, como las bancarias, hablar por teléfono, control de la ingesta de medicamentos, salir a la calle, utilizar medios de transporte..., etc. La valoración de cómo se llevan a cabo estas actividades resulta determinante para requerir la presencia continua de un cuidador en el hogar de la persona dependiente o de persona que le auxilie en sus relaciones externas o en el desenvolvimiento de su cotidianeidad (25).

Al hilo de éstas y otras consideraciones se ha suscitado una cuestión concreta en relación a las facultades que se atribuyen al asistente personal contemplado en el artículo 2.7 de la Ley de Dependencia en relación con lo establecido en el artículo 19 de esta Ley (26). Es obvio que éste no tiene atribuidas funciones de representación legal, ni complementa la capacidad. Las funciones de este asistente social se alejan absolutamente de actividades de pura gestión y cualquier actuación en este ámbito carece de validez jurídica. La actividad desempeñada por estos asistentes se limita a auxiliar en el desenvolvimiento diario del dependiente en sus actividades básicas (apoyo en la higiene, en la nutrición; en la movilidad del entorno doméstico; colaborando en actividades de ocio), facilitando su acceso a la educación y al trabajo, «de cara a fomentar

---

(23) Artículo 2.3 de la LD.

(24) Artículo 2.4 LD se refiere a las «Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad».

(25) En estas llamadas relaciones con el exterior, siguiendo a GONZÁLEZ ORTEGA, R., «La protección social de las situaciones de dependencia», en *Protección social de las personas dependientes: Regulación actual y nuevas perspectivas*, cit., págs. 35 y 36: «donde la ayuda de otra persona se percibe como una colaboración, necesaria e inevitable, pero externa, más que como una suplantación del propio actuar vital».

(26) PEREÑA VICENTE, M., *Dependencia e incapacidad. Libertad de elección de cuidador o del tutor*, Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 2008, págs. 27 y 28.

su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal», *ex* artículo 2.7 de la Ley de Dependencia, posibilitando, en definitiva, una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a las personas dependientes. Su actuación no puede, en ningún caso, alcanzar ámbitos con repercusiones patrimoniales (27). Están legitimados para acompañar al dependiente en actividades propias de la vida familiar, personal y social. Es un mero colaborador que debe cumplir las órdenes y directrices que le sean dictadas por el beneficiario de este tipo de ayuda. No tiene facultades decisorias ni tampoco organizativas, habida cuenta de la presunción previa de la capacidad de control y capacidad para impartir instrucciones del beneficiario de este tipo de servicio (28). La constatación de la falta de capacidad para tomar decisiones, obligaría a acudir a la jurisdicción competente y a los procedimientos de incapacitación judicial para declarar la misma. Las funciones de tutores y curadores son completamente distintas. Por otro lado, el control de las actividades realizadas por este asistente personal es competencia de las distintas administraciones públicas que se encargarán de evaluar los servicios que suministran las diferentes empresas. Un control estrictamente administrativo, que no judicial, como sucede en otros ámbitos.

Para terminar y con la finalidad de delimitar el concepto de dependencia es preciso hacer algunas matizaciones prácticas. Aunque la dependencia está muy relacionada con la causa que la origina, por ejemplo la edad, su interdependencia no siempre es clara. Podría haberse considerado como dependiente a la persona mayor de sesenta y cinco años —límite que se establece en distintos textos normativos para ser beneficiario de determinadas ventajas legales—, pero no tiene por qué; una persona de sesenta y cinco años no es obligatoriamente dependiente. En cambio puede ser dependiente cualquier persona al margen de su edad, como consecuencia de un accidente de tráfico, de una enfermedad padecida desde el nacimiento o de naturaleza degenera-

---

(27) Precisamente la amplia disponibilidad que caracteriza las cotitularidades bancarias indistintas, hace de ellas un relevante mecanismo que en la práctica venga a solventar problemas de gestión y administración ordinaria a través de la disponibilidad de los fondos por parientes, personas allegadas o de confianza de la persona dependiente que aparezcan a tales efectos como titulares indistintos de cuentas y depósitos bancarios. Debe advertirse como dicha disponibilidad, en absoluto prejuzga la «propiedad», es decir, la titularidad real y definitiva del derecho a la restitución de dichos fondos.

(28) El artículo 26 de la Orden 1387/2008, de 11 de junio, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regula el acceso a los servicios, las prestaciones económicas, la intensidad e incompatibilidades de los mismos para las personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid, establece entre los requisitos para ser beneficiarios de la prestación de asistencia personal, además de haber sido reconocido como persona dependiente y valorada en Grado III, el beneficiario debe «tener capacidad, por sí o por su representante legal, para determinar los servicios que requiere, ejercer su control e impartir instrucciones a la persona encargada de la asistencia personal de cómo llevarlos a cabo».

tiva. Por otro lado, dependencia y discapacidad son conceptos muy próximos, pero debe advertirse a tal efecto también, que tampoco son idénticos. Una persona discapacitada puede ser o no dependiente, por ejemplo, una persona ciega o un afectado por el síndrome de Down, o por cualquier otra discapacidad intelectual o psíquica, no tiene porque ser dependiente, ni en su entorno habitual, ni en el ámbito de las relaciones externas o sociales, siempre que pueda desenvolverse de modo adecuado. Por otro lado, las medidas de integración, preventivas, educativas y el éxito de tratamientos farmacológicos, ha supuesto un notable incremento de la capacidad general de sujetos afectados por discapacidades psíquicas.

El artículo 27 de la Ley de Dependencia en relación con lo dispuesto por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia —baremo imperante en todo el territorio nacional— establece que las Comunidades Autónomas son las que designan los órganos encargados de dicha valoración y determinación del grado de dependencia, así como también de la asistencia y cuidados que de modo particular se requieran por el beneficiario en atención al Programa Individual de Atención en el que se establecerá la modalidad de intervención que resulte más adecuada para responder a las necesidades concretas de la persona dependiente (29).

Inmediatamente se plantea la duda de si el baremo oficial tendrá carácter vinculante para las entidades aseguradoras o mutualidades, y de modo particular es imprescindible saber qué órganos valorarán el grado y nivel de dependencia, el procedimiento utilizado y qué sucede cuando las aseguradoras no reconozcan el grado que se determine administrativamente, habida cuenta que será a través de pactos como se determine el riesgo al que se dota de cobertura. Entiendo que bastará con que se acredite médicamente que la enfermedad o accidente ha producido una pérdida de autonomía para la realización de actos relacionados con la cotidianidad del sujeto y que requiere asistencia permanente de tercera de persona. Pienso que no será necesario acreditar nada cuando el sujeto obtiene la declaración de gran invalidez o se declara dependiente según el procedimiento legalmente establecido. De este modo, la situación de dependencia, pese a las estipulaciones convenidas, en ningún caso podrá obviar el nivel y grado de dependencia tal y como se hubiese declarado administrativamente de modo que a través de las mismas se ocasione un claro perjuicio para el asegurado.

Otro problema que puede acontecer en la práctica es que el asegurado sea de *facto* dependiente pero no haya obtenido el reconocimiento administrati-

---

(29) Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Madrid, puede consultarse la Orden 2176/2007, de 6 de noviembre, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regula el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y del acceso a las prestaciones y servicios del sistema.



vo de dicha condición, planteándose si proceden las prestaciones asistenciales debidas por las aseguradoras. En tal caso, dichas prestaciones económicas o asistenciales se deben desde que se constata la pérdida de autonomía por parte del asegurado en los términos señalados contractualmente, no siendo necesaria la declaración administrativa para que las aseguradoras devengan obligadas al cumplimiento de las prestaciones convenidas en atención al grado o tipo de dependencia que sea objeto de cobertura.

## VI. CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO AL SEGURO DE DEPENDENCIA

Partimos de considerar el seguro privado como la evolución de los seguros de enfermedad o de invalidez ya cubiertos antaño por los llamados Montepíos. La contratación de este seguro privado de suscripción voluntaria (30) tiene una serie de ventajas e inconvenientes.

Entre las ventajas que pueden señalarse destaca la posibilidad de que se configure de modo independiente o singularizado, o coligado a otros productos, como el de vida (la póliza entonces será necesariamente más rentable para el tomador del seguro), en cuyo caso, si la persona deviene dependiente ésta recibe todo o parte del capital previsto también para el caso de fallecimiento. Acaecido el fallecimiento del asegurado, los efectos del contrato serán los ordinarios (31). También puede aparecer coligado a planes de pensiones. En uno y otro caso se trata de incentivar su contratación. Puede también contratarse de forma individual o a favor de un colectivo, lo que sin duda puede suponer un importante abaratamiento de sus costes y una mayor repercusión social que amplíe favorablemente la protección de la dependencia.

Por lo que se refiere a los inconvenientes, se ha puesto de manifiesto la posible discrepancia que pueda producirse entre la declaración de dependencia «administrativa» y aquélla que lleve a cabo la compañía de seguros, dado que es evidente que no tienen porqué coincidir. En tal caso, ¿qué sucede cuando la aseguradora o mutualidad que da cobertura al riesgo de la dependencia no está de acuerdo con la declaración pública o administrativa de la condición de dependiente o del grado o nivel de dependencia determinado? Otro inconveniente que se ha señalado es que la contratación de los seguros de dependencia se realiza sobre la base de contratos de adhesión, con cláusulas

---

(30) ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, A., *op. cit.*, pág. 270, afirma que la contratación obligatoria y masiva de este tipo de contratos, como ya sucede con otros muchos, permite alcanzar una mayor eficacia en este tipo de productos. Lo cierto es que la contratación obligatoria y colectiva supone un notable abaratamiento de las primas y que el producto resulte más competitivo.

(31) MALDONADO MOLINA, J. A., *op. cit.*, pág. 68, nota 208.



muy generales que se presentan a la firma del tomador del seguro, con poca capacidad de maniobra para negociar los términos del contrato. La escasa participación de los particulares en la redacción de las condiciones contractuales supondrá la ausencia de la personalización de estos seguros y la falta de adaptación de los mismos a las necesidades reales de cada sujeto (32). En todo caso, dichas cláusulas contractuales deberán ser interpretadas bajo el principio *pro asegurado* ex artículo 2 LCS. Por lo demás y en relación con las aseguradoras, el interés que pudiera despertar este tipo de seguros puede verse aminorado como consecuencia de la ambigüedad e imprecisión que caracteriza su regulación —basada en meras remisiones— siendo posible que la práctica de su contratación tenga resultados decepcionantes minimizándose su predisposición a comercializar este producto específico, todavía más si tiene en cuenta la normalizada implantación de seguros como el de invalidez absoluta y permanente y gran invalidez.

Definitivamente la proyección de futuro de este tipo de seguros se condiciona en buena medida a las circunstancias económicas del momento y lugar, en definitiva, en la capacidad de ahorro real de los particulares. Pero lo más importante será el permitir que el contrato de seguro sea lo suficientemente operativo como para poder completar los riesgos no cubiertos por el sistema público de protección de la dependencia y, en definitiva, adicionar dicha cobertura de modo similar al que se produce con motivo de los planes y fondos de pensiones. Esta función complementaria permitirá, sin duda, una mayor demanda del producto, si bien el éxito de su contratación será mayor cuanto mayor sea también la ineficacia o escasa implantación de la protección pública a la dependencia, factor definitivo en la suscripción en mayor o menor medida de este tipo de seguros.

## VII. CONCEPTO DE SEGURO DE DEPENDENCIA

Este contrato puede definirse —tomando en consideración el concepto genérico de contrato de seguro que se expresa en el art. 1 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro— como aquél en virtud del cual la aseguradora o mutualidad se obliga a resarcir los daños que la situación de dependencia —en los términos pactados o subsidiariamente en los términos legalmente establecidos en la Ley 39/2006— genere a la persona dependiente, o a prestar la atención requerida por la persona dependiente en los términos que se determinan contractualmente de manera total o parcial, directa o indirectamente (Disposición Adicional segunda de la Ley 41/2007, en su párrafo segundo), recibiendo a cambio y en contraprestación el cobro de una prima única o periódica.

---

(32) VEIGA COPO, A., *El seguro de dependencia*, Comares, Granada, 2008, pág. 72 y sigs.

La finalidad, por tanto, es la misma que en el resto de seguros: la asunción por parte de la aseguradora de las consecuencias perjudiciales que genere, en este caso, la pérdida de la autonomía para realizar una serie de actividades de la vida diaria y la necesidad de la intervención de una tercera persona de manera permanente, o en su caso, la asunción directa de la asistencia, objeto de cobertura.

El resarcimiento del daño puede llevarse a cabo a través de distintas fórmulas: mediante el pago de prestaciones económicas en forma de capital o de renta fijadas a tanto alzado, en concepto de reparación, o mixto, es decir, parte en capital, parte en renta. Estas prestaciones pueden cubrir total o parcialmente los perjuicios que genera la situación de dependencia. También mediante prestaciones de servicios asistenciales, tal y como se dispone en el artículo 1 LCS *in fine*. Estos servicios pueden prestarse directamente por las aseguradoras o indirectamente mediante la contratación con empresas de servicios.

Como ha quedado dicho, el seguro de dependencia puede articularse a través de pólizas individuales o colectivas, es decir, a favor de un grupo de personas o de un colectivo, coligado a un contrato de trabajo, por ejemplo, siempre que se encuentre perfectamente «delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse» (Disposición Adicional 2 *in fine* de conformidad con lo dispuesto en el art. 81 LCS) (33). Se documenta mediante póliza en la que debe hacerse referencia de forma clara y precisa a todos los extremos del contrato.

En cuanto a las características de este tipo de seguro, cabe señalar que se trata de un contrato oneroso, de modo que la asunción del riesgo por parte de la aseguradora o mutualidad encuentra como contrapartida el cobro de la prima, considerada como «elemento esencial del seguro, determinándose a tal efecto que sin el acuerdo de las partes sobre la misma, no habrá contrato de seguro» (34). De este modo, el pago de la prima no es tan sólo un deber contractual si no un elemento constitutivo y esencial del seguro mismo, tal y como se dispone en el artículo 1 de la Ley de Contrato de Seguro. Por aplicación de lo dispuesto en el artículo 5 LCS, el seguro de dependencia, sus modificaciones y adiciones deberán formalizarse por escrito. El asegurador tiene obligación de entregar la póliza, o al menos, el documento privisional, al tomador del seguro, con el propósito de garantizar su derecho a conocer las condiciones contractuales y deberes asumidos por las partes; prevenir consentimientos irreflexivos o precipitados y dejar constancia de la existencia del contrato, así como de su contenido.

---

(33) El artículo 81 LCS dispone a tal efecto que: «El contrato puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona, o a un grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse».

(34) VEIGA COPO, A., *op. cit.*, pág. 203.

Es además un contrato bilateral y aleatorio. La aleatoriedad, en armónica consonancia con lo dispuesto en el artículo 1.790 del Código Civil, reside en que la prestación a la que deviene obligada la aseguradora o mutualidad se hace depender de que acontezca el evento incierto de la dependencia del asegurado en tiempo indeterminado.

Este producto puede concebirse como un sistema de capitalización, de modo que llegada una edad previamente fijada, o acontecida la situación de dependencia, se recibe el capital acumulado, o se transmuta en una renta con la finalidad de hacer frente al coste de los servicios o cuidados requeridos por la persona dependiente. Puede articularse como un seguro de naturaleza temporal, de manera que se cubre la dependencia que acontezca en un período temporal concreto; o puede tener naturaleza indefinida, es decir, las aseguradoras se obligan al pago de las prestaciones para cuando acontezca la situación de dependencia cualquiera que sea el momento en que ésta se produzca.

La renta que se tiene derecho a percibir puede tener naturaleza temporal o vitalicia. Si la renta se pacta con naturaleza vitalicia, ésta se sucederá a lo largo de la vida del asegurado, de ahí que la supervivencia de la persona dependiente puede determinar un elevado coste para las aseguradoras, muy difícil de evaluar. Por el contrario, cuando el seguro se realice bajo la modalidad de pago de capital único o indemnizatorio, la prestación es de tracto único. Por otro lado, la delimitación exacta del riesgo que se asume por las aseguradoras hará que las prestaciones asistenciales se ejecuten exclusivamente respecto a dependencias con la intensidad determinada contractualmente, es decir, dotadas de cobertura, por lo que no será nada infrecuente las discrepancias entre las partes que intervienen en la relación jurídica en torno al grado de dependencia y si éste está cubierto.

## VIII. EL SEGURO DE DEPENDENCIA COMO SEGURO DE PERSONAS E INCARDINADO EN EL RAMO DE VIDA O ENFERMEDAD

La Ley de Contrato de Seguro dedica el Título III al seguro de personas, declarando en la norma contenida en el artículo 80 que: «El contrato de seguros sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado». En atención a esta norma, puede decirse que el seguro de dependencia es un seguro de personas, incardinado en el ramo de vida (art. 6.2.A del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados) (35) porque está íntima-

---

(35) Redactado por el apartado dos de la Disposición Final segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de

mente relacionado con la integridad y la salud de las personas. Se trata de una modalidad de seguro, concebido bien de modo independiente, bien ligado a un seguro de vida o a fondos de pensiones que prevean la contingencia de dependencia.

## IX. ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO AL RÉGIMEN JURÍDICO DEL SEGURO DE DEPENDENCIA

Como se ha señalado, el régimen jurídico del contrato de seguro se sustenta en una constante remisión y reenvío legislativo generador de una enorme ambigüedad e incertidumbre, al tiempo que se plantean graves problemas interpretativos y de adaptación de la normativa general referida a los seguros, al seguro de dependencia, habida cuenta de las muchas particularidades que la naturaleza de este último presenta. El párrafo 2 (último inciso) de la Disposición Adicional Segunda de la citada Ley 41/2007, establece que: «*En defecto de norma expresa que se refiera al seguro de dependencia, resultará de aplicación al mismo la normativa reguladora del contrato de seguro y la de ordenación y supervisión de los seguros privados*». Definitivamente la remisión que se realiza es a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y al Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Así las cosas, el régimen jurídico que se aplica al contrato de seguro privado será el siguiente:

En primer lugar, se aplican las disposiciones que expresamente se hubiesen pactado en el contrato de seguro de dependencia. En estas condiciones contractuales debe hacerse referencia de manera clara y precisa a los aspectos esenciales del contrato. Como medida de protección del tomador del seguro, el artículo 60 (36) del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (37) establece el deber de informar al tomador del seguro del Estado miembro y la autoridad a los que corresponde el control

---

regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que establece determinada norma tributaria (BOE de 8 de diciembre).

(36) Este precepto ha sido derogado parcialmente por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de los servicios financieros destinados a los consumidores (BOE de 12 de julio). Concretamente han sido derogados el párrafo primero del número 3 del referido precepto. Asimismo ha sido derogado el número 4 y número 5 del referido artículo 60 del Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.

(37) BOE de 5 de noviembre.

de la actividad de la propia entidad aseguradora, extremo que debe figurar en la póliza y en cualquier otro documento en el que se formalice todo el contrato de seguro. En virtud de lo establecido en el párrafo sexto del mencionado artículo 60, se impone igualmente la obligación de dar a conocer al tomador del seguro todas aquellas modificaciones de la información inicialmente suministrada, y asimismo, sobre la situación de su participación en beneficios, en los términos y plazos que reglamentariamente se determinen, durante todo el período de vigencia del contrato de seguro de vida.

En particular, la póliza debe hacer referencia explícita a aspectos particularmente relevantes, como son:

- Determinación del riesgo sujeto a cobertura. Se hará referencia explícita al tipo de dependencia cubierta. Por tanto, el riesgo objeto de cobertura será la situación de dependencia en la intensidad contemplada en el contrato.
- Índices o baremos de valoración de la dependencia y sus distintos niveles.
- Cuantía de la prima y forma de pago.
- Prestaciones mínimas a percibir. Si se trata de un contrato de seguro de capital, éste debe quedar perfectamente indicado *ab initio*, así como si se trata de un seguro de renta deberá determinarse la misma y cláusulas de revisión y si ésta es de naturaleza temporal o vitalicia. Cuando se haya pactado el seguro bajo la modalidad de prestaciones *in natura*, deberá indicarse inequívocamente, siendo deseable que se indique, de la manera más precisa posible, el modo, lugar y el tiempo de las prestaciones, a fin de evitar, no sólo auténticos incumplimientos, sino también cumplimientos defectuosos.
- Duración del contrato y períodos de carencia.
- Sistema de revisión de los niveles de dependencia.

De modo subsidiario al régimen jurídico contractual resulta plenamente aplicable la normativa general relativa al contrato de seguro. No debe olvidarse que esta regulación se encuentra referida a todo tipo de seguros sin que se haga referencia específica al seguro de dependencia. También debe tomarse en consideración la normativa referida específicamente a los seguros de personas (vida, accidentes, enfermedad y asistencia médica), si bien debemos apuntar como tal regulación se muestra en muchos aspectos notablemente insuficiente, debiéndose haber hecho un mayor esfuerzo para no quedar en la mera superficialidad que supone el mero reconocimiento legal del seguro de dependencia y la remisión legal que se realiza al denominado derecho de seguros. Por eso, conocer aspectos más concretos del seguro de dependencia se convierte en una auténtica necesidad; entre estos aspectos resulta especialmente interesantes: la ejecución del contrato, resolución, «derecho de arre-

pentimiento», pago de primas, desenvolvimiento temporal del contrato, régimen de la mora de las entidades aseguradores.

## 1. TITULARES DE LA RELACIÓN JURÍDICA CONTRACTUAL

### 1.1. *Las entidades aseguradoras: sus formas*

La actividad aseguradora se realiza tanto por entidades aseguradoras privadas como por entidades aseguradoras públicas, siempre que éstas adopten cualquier forma de derecho público y tengan por objeto la realización de operaciones de seguro en condiciones equivalentes a las entidades aseguradoras privadas (*ex art. 7.2 LOSSP*).

Centrándonos en las entidades aseguradoras privadas, es preciso que adquieran una de las formas previstas en el artículo 7.1 LOSSP, es decir, sociedad anónima, mutua, cooperativa y mutualidad de previsión social. Las mutuas, cooperativas y las mutualidades de previsión social podrán operar a prima fija o a prima variable.

Asimismo, el artículo 5 de la LOSSP establece que para desarrollar actividades aseguradoras en el ramo de vida, se precisa la previa autorización administrativa (38) del Ministerio de Economía y Hacienda —previa solicitud a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones—, siempre que se cumplan los requisitos necesarios para obtener y mantener dicha autorización (39).

En virtud de lo establecido en el artículo 5.5 LOSSP:

---

(38) Así se exige explícitamente en la Disposición Adicional segunda de la Ley 41/2007, relativa al seguro de dependencia al disponer: «(...) las entidades aseguradoras deberán contar con la preceptiva autorización administrativa y demás requisitos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora en España en los ramos de vida o enfermedad.

(39) Tratándose de mutualidades dependientes de las distintas Comunidades Autónomas, corresponderá a estas últimas la previa autorización administrativa y revocación de la misma.

De manera muy breve, en cuanto a los requisitos para obtener y conservar dicha autorización administrativa son:

- Que la actividad aseguradora se preste exclusivamente por entidades privadas que adopten las formas jurídicas previstas en el artículo 7 LOSSP.
- Limitar el objeto social de la actividad aseguradora y a las operaciones definidas en el artículo 3.1 LOSSP, con exclusión de cualquier otra actividad comercial.
- Presentar un programa de actividades.
- Estar dotado de un capital social o fondo mutual, habida cuenta de que las entidades aseguradoras deben disponer en todo momento de un margen de solvencia suficiente para el desarrollo adecuado de su actividad aseguradora.
- Estar dirigidas de manera efectiva por personas que reúnan las condiciones necesarias de honorabilidad y de cualificación o experiencia profesionales.

A estos requisitos generales se unen otros específicos que se exigen para otras modalidades de seguro (ramo de responsabilidad civil en vehículos terrestres o para el seguro de defensa jurídica).

*«La autorización será válida en todo el Espacio Económico Europeo. Se concederá por el Ministro de Economía y Hacienda por ramos, y abarcará el ramo completo y la cobertura de los riesgos accesorios o complementarios de aquél, según proceda, comprendidos en otro ramo, y permitirá a la entidad aseguradora ejercer en el Espacio Económico Europeo actividades en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios, salvo que el solicitante sólo desee cubrir una parte de los riesgos correspondientes al ramo autorizado, ejercer su actividad en un territorio de ámbito menor al del territorio nacional, o realice operaciones comprendidas en el artículo 49.2».*

Por su parte, el artículo 6.2.A) LOSSP, el ramo de vida incluye las contingencias referidas a muerte, supervivencia, o ambas conjuntamente, incluido en el de supervivencia el seguro de renta; el seguro de vida con contraseguro; el seguro de «nupcialidad» y el seguro de natalidad. Asimismo, comprende cualquiera de los seguros que se encuentren vinculados a los fondos de inversión. Igualmente podrá comprender el seguro de dependencia (40).

Por último, señalar que la Disposición Adicional segunda 2 *in fine* de la Ley 41/2007, precisa —en relación a las Mutualidades de Previsión Social— que «para la cobertura de la contingencia de la dependencia por las mutualidades de previsión social resultará aplicable lo dispuesto por los artículos 64, 65 y 66 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y su normativa reglamentaria de desarrollo (41).

---

Como no podía ser de otra manera, los detalles relativos a las autorizaciones administrativas, características, delimitación competencial y efectos, no serán tratados por exceder con mucho el objeto de este estudio al tratarse de normas de naturaleza administrativa, pero debe señalarse que básicamente su finalidad es articular los controles precisos en relación a los requisitos financieros, técnicos y profesionales, que garanticen la solvencia de las entidades aseguradoras y permitan un acceso seguro al mercado asegurador, al tiempo que se determinen las medidas de intervención que fueren necesarias cuando las entidades aseguradoras no se ajusten a dichos controles.

(40) Las Mutualidades de Previsión social generan un entramado «aseguratorio» muy completo que —reproduciendo las palabras exactas que utiliza MALDONADO MOLINA, F. J., *Las Mutualidades de Previsión Social como Entidades Aseguradoras*, Comares, Granada, 2001, pág. 284, supera «la mera operación de seguro aislada e inconexa, aunque para ello deban sacrificar, en cierta medida, uno de los principios básicos que los aseguradores deben respetar, como es la homogeneidad de los riesgos asegurados».

(41) Puede consultarse el Reglamento de mutualidades de previsión social, aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, modificado parcialmente por Real Decreto 1298/2009, de 31 de julio, por el que se modifica el Reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados y el Reglamento de mutualidades de previsión social (BOE de 1 de agosto de 2009).

Las mutualidades de previsión social (42) despliegan sus actividades no sólo como entidades aseguradoras, sino ofertando prestaciones sociales de carácter adicional a las que se tiene derecho por ostentar la condición de mutualista. También pueden intervenir como gestoras de fondos de pensiones. Por lo que se refiere a la remisión de las normas contenidas en los artículos 64, 65 y 66 LOSSP —todos ellos referidos a las Mutualidades de Previsión Social— se refieren al concepto y requisitos; ámbito de cobertura y prestaciones y ampliación de cobertura. Entre las contingencias que se cubren por las mutualidades de previsión social se incluye la dependencia tras la nueva redacción que le ha sido otorgada al artículo 65.1 LOSSP por la Ley 41/2007.

### 1.2. *El tomador del seguro. El asegurado*

El tomador del seguro o estipulante del contrato es la persona física o jurídica que contrata el seguro y quien asume las obligaciones derivadas de la relación jurídica contractual entablada y de manera particular la obligación esencial del pago de las primas en la cuantía y modo que se determine convencionalmente. Puede que el tomador del seguro sea también la persona asegurada y beneficiaria al mismo tiempo de las prestaciones convenidas, pero también es posible que se trate de una empresa quien paga este seguro de dependencia a favor de un colectivo de trabajadores o que quien contrata sea el cónyuge, pariente del asegurado o persona que la tiene a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

El asegurado es la persona física respecto a cuya dependencia se refiere el seguro. Inmediatamente surge la duda de si puede ser el asegurado un menor de edad. Con carácter previo decir que la Ley de Dependencia aborda la protección de los dependientes menores de tres años en la Disposición Adicional decimotercera estableciéndose, entre otras medidas, la necesidad de elaborar planes integrales de atención a dependientes menores de tres años (43).

No existe norma referida a la edad mínima o máxima para contratar el seguro de dependencia o para ser el asegurado. El artículo 83 LCS, referido al seguro de vida, declara que: «No se podrá contratar un seguro para el caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o incapacitados. Se exceptúan de esta prohibición los contratos de seguros en los que la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la prima satisfecha por la póliza o al valor del rescate». Se trata de una norma que pretende evitar que el falleci-

---

(42) Definidas en el artículo 64.1 LOSSP como: «entidades aseguradoras que ejercen una modalidad aseguradora de carácter voluntario complementaria al sistema de Seguridad Social obligatoria, mediante aportaciones a prima fija o variable de los mutualistas, personas físicas o jurídicas, o de otras entidades o personas».

(43) Disposición Adicional decimotercera de la Ley 39/2006.



miento de un menor o incapaz pueda ser generador de un beneficio económico a sus parientes más cercanos, planteándose esta duda particularmente cuando el asegurado (menor) y el beneficiario/os son personas distintas (44).

En un seguro de dependencia se plantearía también esta cuestión cuando la persona del asegurado no coincida con la persona designada como beneficiario de las prestaciones convenidas. Esta posibilidad quedaría totalmente descartada si legalmente se reconociera a la persona dependiente como el único beneficiario real de las prestaciones percibidas (45), o que de manera totalmente excepcional sea otro sujeto el beneficiario, siempre que justifique que la percepción de estas prestaciones se destina al beneficio exclusivo del dependiente, como pueda ser la contratación de servicios asistenciales o a la constitución de un patrimonio protegido.

Refiriéndonos al supuesto de que el tomador del seguro sea un menor de edad —supuesto de difícil puesta en escena, dado el elevado coste de este tipo de seguros y las dificultades que de ordinario tendrá para pagar las primas— se requerirá el consentimiento de los titulares de la patria potestad prestado por escrito para contratar el seguro de dependencia, garantizándose así la protección del menor.

El artículo 7 de la Ley de Contrato de Seguro contempla también la posibilidad de que el tomador del seguro contrate por cuenta propia o por cuenta ajena.

Se precisa señalar que en la práctica serán las propias aseguradoras quienes determinen las condiciones o requisitos que debe reunir el tomador del seguro, o en su caso, el asegurado, para suscribir válidamente el contrato, de modo que serán ellas quienes determinen las limitaciones y en su caso exclusiones (personas no asegurables) en función de una edad mínima o máxima para contratar el seguro, dado que la edad avanzada podría ser causa directamente

---

(44) Vid. STC 55/1994, de 24 de febrero (*BOE* núm. 65 de 17 de marzo de 1994). Se sostiene la inconstitucionalidad de la norma contenida en el artículo 83.4 LCS en base a la discriminación que la misma produce por razón de edad entre los menores de catorce años y los menores mayores de dicha edad. La demanda no prospera y el TC declara la constitucionalidad de la norma.

(45) De la misma manera que la Disposición Adicional cuarta del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, establece en su ordinal primero que: «Podrán efectuar aportaciones al plan de pensiones tanto la propia persona con discapacidad participe como las personas que tengan con el mismo una relación de parentesco en línea recta o colateral hasta el tercer grado inclusive, así como el cónyuge o aquellos que les tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento. En estos últimos supuestos, las personas con discapacidad habrán de ser designadas como beneficiarias de manera única e irrevocable para cualquier contingencia. No obstante, la contingencia de muerte de la persona con discapacidad podrá generar derecho a prestaciones de viudedad, orfandad o a favor de quienes hayan realizado aportaciones al plan de pensiones de la persona con discapacidad en proporción a la aportación de éstos».

de la exclusión o de encarecer en exceso la contratación del seguro (46). También se tendrán en cuenta las condiciones de salud; actividades profesionales arriesgadas; el desarrollo de actividades deportivas de alto riesgo o el tratarse de personas que padezcan dependencias preexistentes al tiempo de la perfección del contrato, circunstancia ésta decisiva para su contratación.

Precisamente al hilo de estas consideraciones surge la duda de si puede suscribir este tipo de contrato una persona ya dependiente en el momento de su suscripción. La respuesta debe ser negativa (47) al exigirse que la causa de dependencia sea sobrevenida y no preexista al momento de la perfección del contrato de seguro por ir en contra de lo dispuesto en el artículo 4 LCS (48). Sin embargo, esta respuesta puede ser matizada en cuanto que las partes tienen plena libertad para delimitar el riesgo objeto de cobertura, pudiendo cubrirse un grado de dependencia más severo que el que en la actualidad se padezca, es decir, con una intensidad mayor a la actual (49), acontecimiento que puede seguir siendo calificado de situación futura e incierta en cuanto al momento en qué acontecerá y en cuanto a si efectivamente acontecerá.

Desde luego el supuesto será difícilmente asumible en la práctica por las aseguradoras, siendo muy pocas las que permitan la suscripción de este tipo de seguros. Por otra parte, es muy probable que el asegurado no quiera o no pueda asumir el elevado coste de la póliza. En todo caso, el asegurado deberá cumplir estrictamente con la obligación de declarar a la aseguradora la con-

---

(46) La edad mínima será de dieciocho años y la máxima podrá oscilar entre los sesenta y setenta años.

(47) GUERRERO DE CASTRO, M., *op. cit.*, pág. 173 y pág. 182 cuando pone de manifiesto como no puede contratarse un seguro cuando el asegurado es ya una persona dependiente, pues tal práctica va completamente en contra del principio de la nulidad del seguro cuando éste se hubiese celebrado ya acaecido el siniestro objeto de cobertura. BERROCAL LANZAROT, A. I., «Novedades en la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero: el seguro privado de dependencia y la hipoteca inversa», en *Estudios Jurídicos en Homenaje al Profesor Enrique Lalaguna Domínguez*, coordinado por Alventosa del Río, J., y Moliner Navarro, R., Universitat de València, 2008, pág.124, declara —reproducimos las palabras literalmente— al respecto que: «...sólo alcanza a quienes en el momento de contratar no sean dependientes, aunque luego lo sean cuando se exija su cumplimiento de la prestación convenida». Para mayor exactitud yo diría que las prestaciones son exigibles sólo cuando el asegurado tenga la condición de dependiente en los términos convenidos contractualmente.

(48) Precisamente el artículo 4 de la Ley del Contrato de Seguro dispone que: «El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro». Por su parte, el artículo 83 de esta misma Ley, referido al seguro de vida, determina en su párrafo quinto que: «A los efectos indicados en el artículo 4, en los seguros sobre la vida se entiende que existe riesgo si en el momento de la contratación no se ha producido el evento objeto de la cobertura otorgada en la póliza».

(49) VEIGA COPO, A., «El seguro de dependencia», en *ICADE*, mayo-agosto de 2007, pág. 249, cuando señala que se pueden cubrir situaciones de dependencia ya vigentes, aunque también estima que no será lo habitual.

dición de dependiente, grado de dependencia actual, así como todas aquellas circunstancias que siendo por él conocidas sean determinantes para valorar el riesgo y el coste real del seguro. De este modo, se evita que el asegurado incurra en dolo o culpa, factores que exoneran del pago de la prestación convenida, a la vez que se evita la suscripción por parte de la aseguradora de contratos que no hubiesen sido celebrados de conocer la preexistencia de la falta de autonomía del asegurado, por muy leve que ésta fuera.

En relación a estas cuestiones debe señalarse que durante la tramitación parlamentaria del Proyecto de Ley 41/2007, se hicieron algunos intentos para permitir la suscripción de estos seguros por personas ya dependientes que en su momento no pudieron suscribirlo. La justificación a esta enmienda fue que estas personas dependientes podrían obtener una prestación o una asistencia vitalicia a cambio del pago de una prima única, cobertura merecedora de ser incentivada, habida cuenta de la finalidad social que se consigue con la contratación de este tipo de seguros (50).

Es posible que el contrato de seguro se lleve a cabo a través de pólizas individuales o colectivas, constatándose la norma general contenida en el artículo 81 de la Ley de Contrato de Seguro al declarar que: «El contrato puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse». Como ventaja que ofrece este tipo de pólizas colectivas es el abaratamiento de costes que la contratación. Este es el caso del aseguramiento de un colectivo de trabajadores.

## 2. CONTENIDO OBLIGACIONAL DEL CONTRATO

### 2.1. *Obligaciones a cargo del tomador del seguro*

#### 2.1.1. El deber precontractual de declarar todas aquellas circunstancias que sean necesarias para la adecuada determinación del riesgo. El deber de declarar las circunstancias sobrevenidas agravantes del mismo

Por lo que se refiere a las obligaciones propias de los titulares de las relaciones jurídicas entabladas, nos referiremos, en primer lugar, al tomador del seguro. Por aplicación de lo dispuesto en el artículo 10 LCS, en relación a lo establecido en el artículo 89 de esta misma Ley, el tomador del seguro tendrá la obligación de declarar «antes de la conclusión del contrato», todas

---

(50) Vid. la redacción propuesta de la Disposición Adicional segunda, apartado 2, relativa a la regulación del seguro de dependencia con motivo de la enmienda núm. 59 del Grupo Parlamentario Convergència i Unió, *BOCG*, Congreso de los Diputados, núm. 127-7, pág. 57.

las circunstancias por él conocidas que puedan ser determinantes o influir de manera decisiva en la exacta estimación del riesgo. En efecto, la norma contenida en el artículo 10, que acabamos de mencionar, parece referirse a un deber precontractual —«antes de la conclusión del contrato»— refiriéndose claramente al momento previo a la perfección del contrato. Dicha declaración tiene por finalidad la descripción exacta del estado de salud de quien contrata el seguro o de la persona asegurada, debiéndose tomar en cuenta aquellos elementos o circunstancias determinantes que, conocidas exclusivamente por el tomador del seguro y/o asegurado, resultan decisivas para la adecuada estimación del riesgo. Así deberá cumplimentarse un cuestionario sobre el estado de salud, dándose cuenta de todas aquellas circunstancias que puedan desencadenar una situación de dependencia, tanto física como psíquica, por ejemplo, miopías magnas que tengan posibilidades de generar desprendimientos de retina y futuras cegueras, implantación de marcapasos, dolencias cardíacas; padecimiento de enfermedades crónicas o degenerativas como la diabetes o la esclerosis, artrosis, depresiones, o cualquier otra dolencia psíquica, intervenciones quirúrgicas, estancias hospitalarias, tipo de medicación..., etc. Lo cierto es que la averiguación de dichas circunstancias dependerá sobremanera de la cuidada y exhaustiva redacción de los cuestionarios que se presenten por las aseguradoras para ser cumplimentadas, así como de las previas comprobaciones médicas que se lleven a cabo, ya que tratándose de un seguro que cubre la situación futura de dependencia de un sujeto, el conocimiento de la edad, aficiones y por supuesto el estado de salud general del solicitante resulta decisiva para la adecuada apreciación del riesgo; circunstancias, todas ellas a tener en cuenta, ya que su desconocimiento podría determinar la negativa de la aseguradora a suscribir el contrato, o a hacerlo en condiciones más gravosas para el tomador del seguro tal y como dispone el artículo 10 LCS, en atención al cual esta declaración debe realizarse antes de la perfección del contrato configurándose como un deber precontractual.

La aseguradora tiene la facultad de «rescindir» el contrato en el plazo de un mes a contar desde la reserva o inexactitud en la que incurre el tomador mediante declaración dirigida a éste. Las actuaciones dolosas por parte del tomador o del asegurado, mediando engaño u ocultación de enfermedades trascendentes para la adecuada estimación del riesgo real asumido por aseguradoras o mutuas de previsión social, que pudieran ser la causa de pérdida paulatina de la autonomía del solicitante, o mediando culpa grave en tales declaraciones por parte del tomador de seguro, podrían, una vez acreditadas, ser factores que exoneren de la obligación del pago de la indemnización debida o de las prestaciones contractualmente convenidas tal y como se dispone en el artículo 10.3 *in fine* de la Ley de Contrato de Seguro. La práctica judicial ha concretado casuísticamente qué se entiende por conductas dolosas o culposas en el ámbito del seguro entendiendo que se refiere a conductas

basadas en ocultaciones, omisiones, engaños o inexactitudes trascendentes en la adecuada estimación del riesgo, que de haberse conocido por la aseguradora, hubieran sido determinantes para adoptar la decisión de no celebrar el contrato de seguro, o celebrarlo imponiendo condiciones más onerosas para el tomador.

Entre los deberes contractuales que incumbe, tanto al tomador del seguro como al asegurado, se incluye la obligación de poner en conocimiento de la aseguradora todas aquellas circunstancias sobrevenidas que puedan agravar el riesgo, y en consecuencia generar la pertinente modificación contractual —incremento o suplemento de la prima— en los términos que señala el artículo 12 LCS.

Por último, el artículo 13 LCS contempla una de las escasas ventajas que se contienen legalmente en este texto normativo a favor del tomador del seguro: consiste en la posibilidad de poner en conocimiento del asegurador, durante toda la vigencia del contrato, aquellas circunstancias que aminoren el riesgo y que se traduciría en la rebaja del importe de la prima en la proporción que corresponda. Lo cierto es que en la práctica, tratándose de un seguro de dependencia, tales circunstancias no podrán tenerse en cuenta, pues lo lógico será que el riesgo se agrave con el paso del tiempo y no a la inversa.

#### 2.1.2. El deber de comunicar el siniestro

Para que las prestaciones debidas por el asegurador sean ejecutadas se impone la obligación de comunicar el siniestro en el plazo que se determine en la póliza o, subsidiariamente, en el plazo máximo de siete días de haberlo conocido, tal y como se dispone en el artículo 16 LCS. La obligación incumbe tanto al tomador del seguro como al asegurado. Esta obligación comporta, además, dar al asegurador toda clase de información relativa a las circunstancias y consecuencias del siniestro (art. 16 LCS, párrafo tercero). En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración del siniestro. Sin embargo, dicho incumplimiento no determinará la pérdida del derecho a la indemnización, salvo que medie dolo o culpa grave por las personas que vienen obligadas a poner en conocimiento de la aseguradora el acaecimiento del siniestro.

Una primera aproximación al marco temporal en el que se inserta esta obligación de comunicación del siniestro me induce a pensar que este plazo resulta excesivamente perentorio tratándose de seguros de dependencia, pues en muchas ocasiones no se podrá determinar el momento exacto a partir del cual se conoce o se constata la concurrencia del siniestro —a diferencia con lo que sucede con los seguros de daños— por lo que todo hace pensar en que contractualmente se establezca un plazo más amplio que permita

adaptar este deber de comunicación a las especificidades propias del seguro de dependencia.

#### 2.1.3. La obligación de emplear los medios necesarios para aminorar las consecuencias derivadas de la dependencia

Parece dudoso exigir la obligación que se impone en el artículo 17 LCS al asegurado o al tomador del seguro relativa al deber «de emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro», y ello porque, con frecuencia, la causa de la dependencia es totalmente ajena a la voluntad o al comportamiento seguido por la persona dependiente. No obstante, puede argumentarse que una aptitud razonable basada en la colaboración —mediante diagnósticos rápidos o el seguimiento de determinados tratamientos médicos o fisioterapéuticos— puede paliar al menos en parte los efectos o el alcance de la situación de dependencia, según que casos.

El incumplimiento de esta obligación daría derecho a reducir la prestación en la proporción oportuna, al tiempo que en virtud de lo establecido en el párrafo segundo del señalado artículo 17 LCS, el incumplimiento de esta obligación con la intención de perjudicar o engañar al asegurador, es causa de exoneración de toda responsabilidad, pudiendo defenderse la aplicación de esta norma también al seguro de dependencia con la finalidad de sancionar posibles conductas fraudulentas.

#### 2.1.4. Pago de la prima: modalidades de pago y sus exenciones

Se trata de la obligación principal que corre a cargo del tomador del seguro considerada como contrapartida a la asunción del riesgo por parte de las aseguradoras o mutualidades de previsión social. Dado que es posible que el contrato se suscriba por dos o más personas —un matrimonio, por ejemplo— regiría la regla general de mancomunidad, *ex* artículo 1.137 del Código Civil, salvo que se pactase expresamente la solidaridad o dicho régimen de pago se dedujese inequívocamente de los términos del contrato.

El pago de la prima admite una gran variedad. La prima puede ser única —aunque se pague de modo fraccionado con la finalidad de adaptarse mejor a la capacidad económica del tomador del seguro— entendiéndose por tal aquella en la que el coste de la asunción del riesgo se calcula de una sola vez y sirve para toda la vigencia del seguro. Desde la perspectiva de las aseguradoras, la fijación de primas únicas ofrece el nada desdeñable inconveniente de no existir mecanismos adecuados de modificación o ajuste de las primas, que pueden generar pérdidas difícilmente evaluables.

También puede pactarse una prima periódica o natural que cubre el riesgo de la dependencia en cada período fijado contractualmente, normalmente por anualidades, fijándose anualmente una nueva prima en función de las probabilidades de que acontezca el siniestro en función de la edad, de la profesión, del sexo o de cualquier otra circunstancia a tener en cuenta. Puede tratarse también de una prima nivelada, es decir, una prima constante durante toda la vida del sujeto, limitando su pago a un número de años o hasta que la persona dependiente alcance una determinada edad (51). Es muy probable que las primas periódicas se adapten mejor a la capacidad económica del asegurado, pues éste asume más cómodamente el coste final del seguro, prorrateándose a lo largo de toda la vida del asegurado, si bien es muy posible que esta modalidad de pago se introduzcan cláusulas de exención al pago de la prima a partir de una determinada edad, o a partir de que se produce la situación de dependencia. Estas exenciones se traducen en un encarecimiento de las primas que será necesario valorar de forma pormenorizada al momento de la firma del contrato.

## *2.2. Obligaciones a cargo de las entidades aseguradoras*

### *2.2.1. La obligación de informar debidamente al tomador del seguro*

El consentimiento del tomador del seguro ha de estar basado en un consentimiento plenamente informado. Es por ello que los términos en que queden redactados la póliza ha de ser lo más claros y precisos posible, siendo de aplicación, con carácter general, el deber de información que se impone a través de lo dispuesto en el artículo 53 LOSSP, que de manera muy somera declara simplemente que la póliza, o cualquier otro documento en el que se formalice el seguro, deberá indicar la dirección del domicilio social o, en u caso, de la sucursal de la entidad aseguradora española que proporcione la cobertura (52).

---

(51) LÓPEZ MORALES, A., *Actuarios*, núm. 25, diciembre de 2006, pág. 5.

(52) Vid. artículos 104 y sigs. del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Este texto normativo ha sido modificado parcialmente por Real Decreto 1298/2009, de 31 de julio, por el que se modifica el Reglamento de ordenación y supervisión de los seguros, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y el Reglamento de mutualidades de previsión social, aprobado por Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre.

2.2.2. Prestaciones debidas: el seguro de dependencia como seguro de sumas o de prestaciones *in natura* o de servicios, o mixtas

En el contrato de seguro debe determinarse la prestación o prestaciones que específicamente hayan sido contraídas por la aseguradora con la claridad que sea necesaria para comprobar si el deudor cumple con exactitud los requisitos de identidad, integridad e indivisibilidad de la prestación.

Puede pactarse una prestación de capital único determinado *ab initio* cuya entrega se efectuará a favor del asegurado (53). Puede también concebirse como seguro indemnizatorio, viniendo la aseguradora obligada a la entrega de una suma de dinero con la que el beneficiario sufrague total o parcialmente los perjuicios ocasionados por la dependencia.

Puede concebirse como un seguro de sumas con la finalidad de satisfacer los gastos que se generen; o de suma dineraria de reintegro de costes debidamente acreditados.

De la misma manera, el seguro de dependencia puede acoger la modalidad de prestaciones de servicios *in natura*. En tal caso, la entidad aseguradora asume directa o indirectamente la asistencia previamente determinada contractualmente. Es claro que en este supuesto el interés del asegurado se satisface a través de una asistencia efectiva, seguramente profesional, pudiéndose pactar que la misma se lleve a cabo en el domicilio del asegurado, o bajo determinadas condiciones en centros residenciales concertados o enteramente privados.

La ventaja que ofrece el que el seguro se pacte bajo la modalidad de prestación *in natura* o de servicios, reside en el hecho de que la aseguradora se compromete a prestar unos servicios acordes con la situación de dependencia independientemente del coste de los mismos, de modo muy similar a lo que sucede en el ámbito del seguro de asistencia médica. En cambio, si el seguro se contempla en su modalidad de capital o de rentas, aún cuando se hayan introducido índices de actualización, es muy posible que la cantidad recibida por el beneficiario no alcance a cubrir enteramente el coste de la dependencia, más aún si ésta es de larga duración o severa (54).

Se pueden también estipular un conjunto de prestaciones de naturaleza mixta, es decir, parte en servicios y parte en capital, y dentro de cada modalidad pueden, asimismo, introducirse distintas variaciones que determinen la

---

(53) Cabría plantearse si puede designarse un tercero beneficiario distinto al asegurado, persona dependiente, como designaciones a favor del cuidador informal —debiéndose determinar entonces si estas sumas resultan compatibles con la percepción de la ayuda pública prevista para estos cuidadores—, a favor del cónyuge o de alguno de los hijos que convivan con aquél. En este caso debería justificarse que el destino de estas sumas revierte en beneficio de la persona dependiente siempre y en todo caso.

(54) GUERRERO DE CASTRO, M., *op. cit.*, pág. 167.



configuración de tantos regímenes jurídicos como modalidades de seguro se pacten, siendo lo deseable que sean atendidas las necesidades y expectativas cambiantes y de cada tomador o asegurado.

3. EL DESENVOLVIMIENTO TEMPORAL DEL CONTRATO: EL COMIENZO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES DEBIDAS POR LA ASEGURADORA

El seguro de dependencia se desenvuelve en el marco temporal expresado en la póliza, pudiéndose pactar que el tiempo de duración sea anual —con prórrogas anuales tácitas y sucesivas—, siendo objeto de cobertura la falta de autonomía que acontezca durante el año en curso. Las partes pueden entonces oponerse a la prórroga tácita mediante la notificación por escrito efectuada con un tiempo de antelación señalado en el contrato y en su defecto en el plazo de dos meses a la conclusión del período pactado (art. 22 LCS).

Puede estipularse tiempos superiores a un año en cuyo caso debe tomarse en consideración el límite temporal máximo de diez años que establece el artículo 22 LCS.

En cuanto a los efectos, debe decirse que pueden ser inmediatos. Tal inmediatez conlleva el que las prestaciones debidas, en cualquiera de sus modalidades, deban ejecutarse desde que se produce la pérdida de autonomía, se notifica el acaecimiento del siniestro y el mismo resulta constatado. Sin embargo, es también posible delimitar temporalmente la efectividad de las prestaciones debidas sometiéndose a un término inicial, estableciéndose que la pérdida de autonomía comience a cubrirse a partir de los sesenta y cinco años, aunque pueden introducirse cláusulas que adelanten la ejecución de las prestaciones debidas cuando la dependencia se cause por accidente.

Es muy posible que se indique un período de tiempo durante el cual, aún producido el siniestro, es decir, acreditada médicamente la situación de dependencia, ésta no quede cubierta. Se trata de períodos de carencia establecidos en términos muy similares a aquellos que se determinan para contratos de asistencia sanitaria. Se apunta como períodos de carencia habituales (55) un período de tres años para enfermedades degenerativas; para dependencias acontecidas por otro tipo de enfermedades, un año; y por último, lo habitual será que no haya período de carencia para la dependencia ocasionada por accidente.

Concibiéndose el seguro de dependencia como indemnizatorio, a falta de previsión contractual, resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 18 LCS en relación a lo que establece el artículo 20.3.º *in fine* de la LCS, preceptos que se analizan seguidamente.

---

(55) LÓPEZ MORALES, A., *op. cit.*, pág. 9.

#### 4. RÉGIMEN JURÍDICO DE LA MORA DE LAS ASEGURADORAS DE LA DEPENDENCIA

El tema de la mora de las aseguradoras de la dependencia plantea algunas dificultades interpretativas con motivo de la necesidad de adaptar las normas contenidas en el artículo 20 LCS, en relación a lo dispuesto en los artículos 18 y 19 del mismo texto normativo, a las especificidades que presenta el seguro de dependencia. Estas dificultades interpretativas se deben básicamente a tres razones:

En primer lugar, a que el artículo 20 LCS resulta aplicable a todos los seguros, cualquiera que sea su modalidad, de ahí la necesidad de adaptación de las reglas que en el mismo se contienen al seguro de dependencia y a la especificidad de las prestaciones debidas, según los casos.

En segundo lugar, porque la ausencia casi total de normas dedicadas con carácter exclusivo al seguro de dependencia, muestra una vez más que el trazado de líneas básicas por las que se ha decantado el legislador resulta notablemente insuficiente, genera imprecisiones y ambigüedades que requieren ser solventadas.

Por último, porque se necesita integrar al seguro de dependencia, no sólo el contenido del artículo 20 LCS, sino con carácter principal en la mora ordinaria prevista en el Código Civil. Aparentemente se excepciona lo dispuesto en el artículo 1.108 del Código Civil y el artículo 921 LEC —el actual art. 576 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, referido a los intereses de mora procesal—, por imperativos de la regla 10 del artículo 20 LCS, sin embargo, veremos como la incompatibilidad no es tal, ya que cuando no se aplica el interés moratorio agravado previsto en el artículo 20 LCS, nada impide la aplicación del interés previsto para la mora ordinaria, *ex* artículo 1.108 del Código Civil, al tiempo que ambas se encuentran interrelacionadas en cuanto a sus requisitos y funciones.

Pues bien, en materia de mora de las aseguradoras deben precisarse con carácter previo dos consideraciones: la primera, que el artículo 20 LCS resulta aplicable a la mora que se produce en dos supuestos: en la satisfacción de la indemnización mediante pago o en la indemnización por reparación o reposición del objeto siniestrado (art. 20.2 LCS). La segunda, que las normas contenidas en este precepto, relativas a la indemnización de daños y perjuicios, se aplican subsidiariamente, esto es, en defecto de cláusulas contractuales más beneficiosas para el asegurado en aras a la consecución del principio *pro asegurado*, de modo que por vía convencional pueden estipularse cláusulas que introduzcan un tipo de interés por encima del previsto en la norma contenida en el artículo 20 LCS. Se trata de una norma que garantiza un mínimo indemnizatorio por debajo del cual no se admite convenio o estipulación en contra.

#### 4.1. *Requisitos de la mora*

La mora de las entidades aseguradoras exige la concurrencia de los requisitos de la mora que exponemos brevemente:

Retraso en el cumplimiento de la prestación debida transcurridos tres meses a contar desde que acontece el siniestro o referida al pago mínimo indemnizatorio que pueda deberse desde que transcurren cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro (art. 20.3 LCS en relación con lo dispuesto en el art. 18.1 LCS).

Retraso imputable a la aseguradora.

En efecto se requiere que el retraso en el cumplimiento de la obligación se deba al comportamiento culpable de la aseguradora en el que se incluye tanto la culpa propiamente dicha como el dolo.

En virtud de lo establecido en el artículo 20.8.<sup>a</sup> se declara que: «No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable». Se considera como justa causa cuando el siniestro se hubiera producido mediando culpa o mala fe del asegurado; también puede presumirse como justa causa la vulneración del deber de poner en conocimiento de la aseguradora aquellas informaciones necesarias en torno a las circunstancias concretas y consecuencias del siniestro, siempre que medie culpa grave o dolo por parte del asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 16 *in fine* LCS. La falta de la información precisa para que se determine correctamente la situación de dependencia y si efectivamente se encuentra cubierta por el seguro, podría suponer la ausencia del deber de cooperación exigible a todo acreedor para que se lleve a cabo correctamente el cumplimiento de las prestaciones debidas, tan relevante en el desenvolvimiento de este tipo de contrato.

Exigibilidad de la prestación debida.

En todo caso se requiere la exigibilidad de la prestación pues sin ella no puede la aseguradora dar cumplimiento a la prestación debida. Entiendo que a tales efectos la prestación resulta exigible desde que el asegurado deviene persona dependiente y dicha situación se constata por el deudor de las prestaciones convenidas.

En relación también a los requisitos de esta mora específica de las aseguradoras, se ha planteado el interrogante de saber si se precisa la interpe-lación y consiguiente intimidación, o si se trata de una mora automática, es decir, si basta el mero transcurso de tres meses. Es sabido que la mora automática se impone en el tráfico mercantil en aras a su imprescindible

celeridad, si bien sólo respecto a las obligaciones mercantiles sujetas a una fecha concreta para su cumplimiento (56) de forma contraria a lo que sucede en la mora ordinaria. No obstante puede estipularse la mora automática *ex* artículo 1100.2.1 del Código Civil.

El artículo 20 LCS no alude al requisito de la interpelación e intimidación del acreedor, sin embargo dicha omisión no debe hacernos pensar que supone una auténtica excepción a la regla general contenida en el párrafo segundo del artículo 1.100 del Código Civil.

Pienso que la falta de referencia explícita no constituye una excepción a la exigencia de uno de los elementos esenciales de la mora, sino al contrario, ya que debe tomarse en cuenta lo dispuesto en el artículo 20.4.º LCS al declarar que los intereses de mora se consideran producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. Esta norma parece referida a la libertad de forma del acto jurídico de la interpelación, pero en absoluto excluye el aviso o requerimiento, en todo caso necesario, aunque se haga extrajudicialmente (57). Debe tratarse, en todo caso, de una mora interpelatoria porque la especificidad de la mora agravada del artículo 20 LCS reside únicamente en el incremento de los intereses moratorios impuestos, pero no en todo lo demás y de modo particular en relación a los requisitos.

Tanto la *interpellatio* —acto jurídico por el que el deudor requiere al acreedor para el pago, comunicándole que el retraso en el cumplimiento no es admitido—, así como la intimidación —que comporta el poner en conocimiento del acreedor que el cumplimiento está siendo exigido, impidiéndose así el juego la mora *accipiendi*— se exigen de igual manera en la mora agravada del artículo 20 LCS, sin que exista razón alguna para pensar que estemos ante una mora automática. Tal es así que la falta de interpelación por parte del asegurado o tomador del seguro, así como la no aceptación de las cantidades ofrecidas y consignadas por las aseguradoras de la dependencia pueden ser consideradas como una auténtica vulneración del deber de diligencia y colaboración que con tanta relevancia se manifiesta en el desenvolvimiento general del contrato de seguro, pudiéndose tratar de una mora de acreedor, entendiéndose como tal, todo aquel comportamiento seguido por el asegurado que suponga la infracción de la obligación de llevar a cabo aquello que se precise para la obtención de las prestaciones debidas, puesto que sólo desde la interpelación e intimidación por parte del deudor, se entiende que la aseguradora de la dependencia incumple culpablemente (58), toda vez que las consecuencias agravadas que se imponen a las aseguradoras deben fundamentarse precisamente en este retraso culpable.

---

(56) CANO, J. I., *op. cit.*, pág. 39.

(57) SÁNCHEZ CALERO, F., *op. cit.*, pág. 353.

(58) CANO, J. I., *op. cit.*, pág. 33. También GRAMUNT FOMBUENA, M.ª D., *La mora del deudor en el Código Civil*, José María Bosch, Barcelona, 1993, pág. 27 y sigs.

Están legitimados para llevar a cabo la *interpellatio*, judicial o extrajudicial, tanto el tomador del seguro como el asegurado. Por último, debe precisarse que la subsanación de la situación generada por la mora de las aseguradoras de la dependencia mediante la entrega del monto indemnizatorio señalado legalmente, sólo es posible cuando el cumplimiento de la prestación debida continúe satisfaciendo el interés de la persona dependiente y por tanto, no estemos ante un auténtico incumplimiento, lo que facultaría a la resolución del contrato de seguro.

#### *4.2. La mora de las aseguradoras cuando vienen obligadas a una prestación estrictamente indemnizatoria*

Cuando el seguro de dependencia se contrata bajo la modalidad de indemnizatorio, las aseguradoras incurrirán en mora cuando retrasen el pago de dicha indemnización por el plazo legalmente establecido de tres meses, contados a partir del momento en que se produce la pérdida de autonomía y ésta se verifica. Surge la duda de si resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 18 de la LCS en su primer inciso. Esta norma dispone que: «El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo». Pienso que esta disposición parece más bien pensada para los seguros de daños y accidentes, que para el tipo de seguros pertenecientes al ramo de vida; por otra parte, lo habitual será que el monto indemnizatorio haya quedado perfectamente determinado con carácter previo en la póliza. Por su parte, el artículo 19 LCS exime de la obligación del pago de la indemnización a las aseguradoras cuando el siniestro —la pérdida de las facultades físicas o psíquicas— haya sido causado de mala fe por el asegurado, un supuesto que difícilmente ocurrirá cuando se trata de un seguro de dependencia, aunque no cabe descartar con carácter totalmente excepcional aquellas situaciones de dependencia simuladas, o en las que intervenga algún género de culpa por parte de quienes las padecen.

Por lo que se refiere a las normas contenidas en el artículo 20 LCS (59) —generador de un régimen específico para la mora de las aseguradoras de «carácter relativamente imperativo»— (60) se refiere a unos mínimos indemnizatorios previstos, de tal manera que, como ya se dijo, nada impide que contractualmente se establezcan intereses de mora por encima de lo estipula-

---

(59) En la redacción que le ha sido dada por Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en algunos preceptos todavía vigente.

(60) SÁNCHEZ CALERO, F., «Mora del asegurador», en *Derecho de Seguros*, II, dirigido por Martí Sánchez, J. N., «Cuadernos de Derecho Judicial», Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1996, pág. 344.

do en esta norma. Por otro lado, y en atención al mismo, la aseguradora que deba una suma indemnizatoria, incurre en mora una vez transcurridos tres meses desde que acontece el siniestro, que sería, en principio la pérdida de autonomía en los términos señalados contractualmente, o transcurridos cuarenta días sin que se hubiese procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deberse por la aseguradora de la dependencia (art. 20.3.<sup>a</sup> LCS). En efecto, esta norma ha extendido este régimen especial de mora al supuesto de falta de cumplimiento de la obligación del pago de la cantidad mínima que el asegurador devenga obligado a pagar conforme a lo establecido en el artículo 18 LCS. Sin embargo, cuando la aparición del siniestro se prolongase en el tiempo, el cómputo de los tres meses se contará a partir del último día en que el siniestro resulte plenamente verificado (61).

No se nos escapa la dificultad —en varias ocasiones apuntada— que entraña en el seguro de dependencia la determinación de una fecha exacta a partir de la que computar los tres meses, puesto que la situación de dependencia no se producirá en un momento exacto o concreto, sino que puede prolongarse en el tiempo, al menos en tanto no se constate el carácter permanente de la situación de dependencia que se padezca. El artículo 18 LCS dispone respecto a la obligación de anticipo del pago del importe mínimo de lo que la aseguradora pueda llegar a deber, que incurre en mora transcurridos cuarenta días «a partir de la recepción de la declaración del siniestro», y estamos de acuerdo en que éste tendría que haber sido el criterio acogido también por el artículo 20 LCS (62).

El artículo 20 LCS fija unos intereses moratorios generosamente incrementados o agravados respecto a aquellos intereses moratorios previstos para la mora común en el artículo 1.108 del Código Civil. Este incremento se aprecia de oficio, es decir, sin necesidad de ser invocado por la parte actora. Su cuantía «...consiste en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue (63), incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial». Este incremento del 50 por 100 del interés legal del dinero se concibe igualmente como una indemnización tasada que beneficia al asegurado o al tomador del seguro, en tanto en cuanto no se precisa acreditar el alcance del daño real que la mora les ha producido.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (art. 20.4.<sup>a</sup> LCS). No habrá

---

(61) SÁNCHEZ CALERO, F., *op. cit.*, pág. 353.

(62) SÁNCHEZ CALERO, F., *op. cit.*, pág. 352.

(63) La Disposición Adicional vigésimo séptima. Uno, de la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2009 (BOE núm. 309, de 24 de diciembre de 2008), fija el interés legal del dinero en el 5,5 por 100 hasta el 31 de diciembre de 2009.

lugar a la indemnización por mora «cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa que no le fuera imputable».

De conformidad con lo establecido en la norma 6.<sup>a</sup> de este artículo 20 LCS, el término inicial del cómputo de dichos intereses es la fecha del siniestro. No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no cumplen con la obligación de comunicar el siniestro en el plazo señalado contractualmente, o en su defecto en los siete días siguientes de haberlo conocido que establece el artículo 16 LCS, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

También incurre en mora el asegurador que se haya obligado a satisfacer una prestación *in natura* o prestación de servicios asistenciales previamente pactados, en cuyo caso, puesto que se trata de una obligación de *facere*, resulta plenamente aplicable el régimen jurídico de la mora ordinaria común prevista en el Código Civil *ex* artículo 1.108 de este texto normativo. Entendemos que cuando la obligación asumida por las aseguradoras consista en la prestación de un servicio asistencial, el retraso culpable por parte de la aseguradora o del tercero que presta el servicio, conlleva que la prestación asistencial se haya hecho efectiva aunque tardíamente y que este cumplimiento tardío, no existiendo plazo esencial, genere un daño susceptible de ser cuantificado económicamente. Y digo que es preciso que la prestación se satisfaga efectivamente, porque no en vano la causa de este tipo de contratos es la obtención de unos servicios asistenciales que cubran permanentemente las necesidades de la persona en situación de dependencia, de modo que cuando la prestación no se hace efectiva —o se preste de modo diferente al convenido— de manera que no se satisface plenamente el interés del acreedor de dichas prestaciones, estamos ante un auténtico incumplimiento que facultaría a instar la resolución del contrato.

##### 5. RESOLUCIÓN DEL SEGURO DE DEPENDENCIA POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS POR LOS TITULARES DE LA RELACIÓN JURÍDICA CONTRACTUAL

La resolución del contrato de seguro se regirá en primer lugar por lo que se hubiera establecido contractualmente. Subsidiariamente se aplica la normativa reguladora del seguro y de la ordenación y supervisión del contrato de los seguros privados; por último será de aplicación lo previsto en el artículo 1.124 del Código Civil. En materia de resolución del contrato del seguro de dependencia debemos referirnos a los siguientes supuestos:

1. La resolución de las aseguradoras por el incumplimiento de la obligación del pago de la prima.

2. La resolución por el incumplimiento de las prestaciones debidas por las entidades aseguradoras. La voluntad resolutoria se encuentra íntimamente relacionada tanto con el marco temporal en el que se desenvuelve el contrato, como a la modalidad de prestaciones a las que las aseguradoras devienen obligadas.
3. El desistimiento unilateral a favor del tomador del seguro o «derecho de arrepentimiento».

### 5.1. *Resolución de las aseguradoras por incumplimiento del pago de la prima*

La falta de pago de la prima o primas debidas por el tomador del seguro (64) exige acudir al régimen que establezcan particularmente las condiciones del contrato, y de modo particular, al tratarse de un contrato de adhesión, aquéllas que haya introducido la aseguradora de la dependencia o mutua de previsión social, lo que, sin duda, perjudicará al tomador del seguro pues dichas cláusulas, si existen, se redactaran presumiblemente en términos que claramente beneficien su posición jurídica, poco o nada se establecerá sobre la facultad resolutoria que pudiera asistir al dependiente ante el incumplimiento o cumplimiento defectuoso en la prestación directa o indirecta de los servicios asistenciales contratados.

En defecto de pacto expreso se aplicarán de forma subsidiaria las normas generales referidas al régimen legal de la resolución de los contratos, siendo importante determinar el encaje jurídico concreto que merece la norma contenida en el artículo 15 de la LCS (65). Refiriéndonos al primer inciso del precepto, el impago culpable de la prima única faculta a la aseguradora a resolver el contrato o bien a instar judicialmente el cumplimiento forzoso de la obligación. En cualquier caso, si la prima única no se paga antes de que acontezca el siniestro, el asegurador se exonera de las obligaciones contraídas.

---

(64) Sobre el modo y lugar del pago de la prima se estará a lo preceptuado en el artículo 14 LCS.

(65) Por su relevancia transcribimos íntegramente lo dispuesto en el artículo 15 LCS: «Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso».



Si el impago se produce respecto a alguna o algunas de las primas sucesivas, el precepto anteriormente mencionado consagra la facultad de suspender el contrato al modo de la *exemptio non adimpleti contractus*. El efecto práctico que acarrea esta suspensión contractual cuando el contrato se pacta en su modalidad de prestación de servicios será que el dependiente deja de ser atendido —aún cuando viniese pagando mucho tiempo atrás las primas— y por tanto, la puesta a disposición del dependiente a cargo de sus familiares. Esta situación puede llegar a ser muy perniciosa para el dependiente a quien se le podría colocar en una auténtica situación de desasistencia o «desamparo». Una vez más se comprueba que no se ha puesto en práctica la necesaria adaptación de la normativa general a las particularidades del contrato de seguro, adaptado al marco efectivo de protección jurídica general a los dependientes, pues en absoluto resulta ajeno a nuestro ordenamiento la moderación de los efectos que la resolución de los contratos tiene para la parte más débil, como sucede con lo dispuesto en el artículo 1.795 del Código Civil en sede de contrato de alimentos.

## *5.2. Resolución por incumplimiento de las prestaciones debidas por las aseguradoras de la dependencia*

Con carácter previo debe señalarse que lo que realmente diferencia la mora —retraso culpable en el cumplimiento de las obligaciones contraídas— del verdadero incumplimiento por parte de las aseguradoras de la dependencia y que faculta a la resolución contractual, es que la prestación debida por las entidades aseguradoras siga teniendo interés jurídico para el asegurado o el tomador del seguro, es decir, que el cumplimiento le siga resultando útil. También conviene señalar que la resolución del contrato de seguro se aborda con carácter general en distintos preceptos de la Ley de Contratos de Seguro, un tema prolijo merecedor de un tratamiento específico y muy detallado. Seguidamente me referiré a la resolución contractual que incumbe al tomador del seguro, o al asegurador por incumplimiento de las prestaciones debidas por las aseguradoras, haciendo mención también a otras formas de poner fin al contrato de seguro como puedan ser el llamado derecho de arrepentimiento, o la oposición explícita a la continuidad del contrato en los términos que se determinan legalmente.

El incumplimiento de las obligaciones asumidas directa o indirectamente por la aseguradora faculta al tomador del seguro y/o asegurado a instar la resolución del contrato, siempre que se encuentre al corriente del pago de las primas en virtud del principio de cumplimiento simultáneo de las prestaciones.

El incumplimiento de las prestaciones asistenciales u obligación esencial de prestación de asistencia en domicilio o centros residenciales, habiendo

sido éstas pactadas *in natura*, hará que el asegurado inste con carácter principal el cumplimiento forzoso de las obligaciones (art. 1.098 del Código Civil y 706 LEC) (66) y sólo cuando éste no prospere o no sea posible, se acuda a la resolución del contrato (art. 1124.2 del Código Civil) (67); y ello porque en este último caso, lo que verdaderamente satisface al dependiente es el servicio, la asistencia y cuidados, así como su efectividad, inmediatez e interrupción, y no así la extinción del contrato. En atención a lo establecido en el artículo 1.124 del Código Civil, el asegurado o el tomador del seguro debe ser indemnizado tanto si opta por el cumplimiento forzoso como por la resolución del contrato.

La resolución adquiere verdadero sentido cuando se pacta un seguro por un tiempo de duración amplio —que no superará los diez años de conformidad con lo establecido en el art. 22.1 LCS—, pues tratándose de un seguro con periodicidad anual con prórrogas tácitas anuales, podrá simplemente ejercitar el derecho a oponerse a la renovación de dichas prórrogas mediante la correspondiente notificación por escrito en el que conste dicha voluntad con un plazo de antelación de dos meses anteriores a la conclusión del período en curso, de conformidad con lo dispuesto en el precitado artículo 22 LCS.

El efecto práctico de toda resolución es la devolución de las prestaciones mutuamente recibidas por las partes contractuales. Esta devolución debe hacerse *in natura* con carácter general, pero tratándose de un contrato de prestación de servicios, habida cuenta de que se trata de obligaciones de tracto sucesivo, debe defenderse la irretroactividad de los efectos resolutorios o efectos *ex nunc*, manteniéndose intactas las prestaciones ya ejecutadas, por lo que en la práctica no deben devolverse las primas que ya fueron recibidas por la aseguradora, ni tampoco el equivalente económico de los servicios asistenciales ya disfrutados por la persona dependiente. Entiendo que si tendrá derecho a la devolución de primas pagadas sin el correlativo cumplimiento de las prestaciones debidas por la aseguradora por el tiempo en que el contrato hubiera estado en vigor.

---

(66) Podría pensarse en el supuesto de que la aseguradora asumiese una obligación de hacer personalísima, como cuando se pacta que la asistencia se preste exclusivamente por un centro residencial concreto (por ejemplo, un centro Ballesol, más próximo al que fuera mi domicilio), en cuyo caso resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 709 LEC.

(67) DÍAZ PARDO, G., «Extinción del contrato mediante la resolución y la rescisión: diferencias y semejanzas en su régimen jurídico», en *Actualidad Civil*, núm. 13, julio de 2008, págs. 1357 y 1358.

### 5.3. *El derecho de desistimiento unilateral del tomador del seguro de dependencia*

Distinto de la resolución propiamente dicha, aunque íntimamente ligado con ella, se encuentra el «derecho de arrepentimiento». En base al mismo se faculta de manera unilateral al tomador del seguro a desistir del contrato en el plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional, siempre que se trate de seguros contratados individualmente y por un tiempo de duración superior a seis meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 83.a) LCS (68). Se trata de un desistimiento *ad nutum*, es decir, libérrimo, sin necesidad de alegar causa alguna que justifique la extinción de los efectos contractuales, y sin penalización alguna, desistimiento relativamente extendido en el ámbito de la contratación de consumidores y usuarios y cuya finalidad no es otra que la de garantizar la adecuada conformación e integridad del consentimiento contractual como mecanismo idóneo para tutelar sus intereses jurídicos. El plazo de treinta días se fija también en el artículo 10 dedicado al «Derecho de desistimiento» de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, para el seguro de vida, ampliando el plazo general de catorce días naturales para desistir de los contratos a distancia (69). Según el precitado precepto de la Ley 22/2007, de 11 de julio, «el plazo para ejercer el derecho de desistimiento comenzará a correr desde el día de la celebración del contrato, salvo en relación con los seguros de vida, en cuyo caso el plazo comenzará cuando se informe al consumidor de que el contrato ha sido celebrado. No obstante, si el consumidor no hubiera recibido las condiciones contractuales y la información contractual indicada en el artículo 7.1 de la precitada Ley, el plazo para ejercer el derecho de desistimiento «comenzará a contar el día en que reciba la citada información».

De conformidad con lo establecido por el ordinal tercero de la norma contenida en el precitado artículo 83.a): «A partir de la fecha en que se expida la comunicación, a que se refiere el apartado anterior, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente

---

(68) Los párrafos segundo y tercero del apartado 1 del artículo 83.a) de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, han sido derogados por la Disposición Derogatoria de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

(69) El artículo 10. Derecho de desistimiento. 1. «El consumidor dispondrá de un plazo de catorce días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna.

El mencionado plazo será de treinta días naturales en el caso de contratos relacionados con seguros de vida».

al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. El asegurador dispondrá para ello de un plazo de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de la rescisión».

#### 5.4. *Seguros de dependencia ligados a planes y fondos de pensiones. Referencia al tratamiento fiscal*

Esta modalidad de seguros pueden contratarse de manera independiente o coligados a planes de pensiones en los que los promotores, en sus distintas modalidades (entidad, corporación, sociedad, empresa, asociación, sindicato o colectivo de cualquier clase que insten a su creación o participen en su desenvolvimiento) actúan como auténticas gestoras de los fondos que administran. La posibilidad de que los planes de pensiones prevean la cobertura de la contingencia de la dependencia —siempre que se haga constar expresamente— se contempla en el ordinal tercero de la Disposición Adicional segunda de la Ley 41/2007. En todo aquello que no se encuentre previsto contractualmente se aplicará subsidiariamente la regulación contenida en el Texto Refundido de la Ley de Regulación de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre (70), y su normativa de desarrollo (71).

El artículo 8.6 del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, establece que las contingencias por las que satisfarán las prestaciones anteriores —prestaciones en forma de capital, de pago único; prestación en forma de renta; prestaciones mixtas, que combinan cualquier tipo de renta con el cobro de un capital único— podrán ser:

- Jubilación: para la determinación de esta contingencia se estará a lo previsto en el Régimen de Seguridad Social correspondiente.
- Incapacidad laboral total y permanente para el ejercicio de la profesión habitual o absoluta y permanente para todo trabajo, gran invalidez, determinadas conforme al régimen correspondiente a la Seguridad Social.
- Muerte del partícipe o beneficiario.
- Dependencia severa o gran dependencia del partícipe regulada en la Ley de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (72).

---

(70) *BOE* de 13 de diciembre de 2002.

(71) Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero (*BOE* de 25 de febrero), modificado por Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (*BOE* de 31 de marzo).

(72) Deberá tomarse en consideración el artículo 26 de la Ley 39/2006, así como lo dispuesto en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el bare-

Para terminar, decir que incentivar la suscripción de este modelo de financiación privada de la dependencia pasa por instaurar un tratamiento fiscal favorable. El artículo 51.5 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las Leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio (73), relativo a las Reducciones por aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social, declara que:

«Podrán reducirse en la base imponible general las siguientes aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social: 5. Las primas satisfechas a los seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o de gran dependencia conforme a lo dispuesto en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Igualmente, las personas que tengan con el contribuyente una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, o por su cónyuge, o por aquellas personas que tuviesen al contribuyente a su cargo en régimen de tutela o acogimiento, podrán reducir en su base imponible las primas satisfechas a estos seguros privados, teniendo en cuenta el límite de reducción previsto en el artículo 52 de esta Ley.

El conjunto de las reducciones practicadas por todas las personas que satisfagan primas a favor de un mismo contribuyente, incluidas las del propio contribuyente, no podrán exceder de 10.000 euros.

Estas primas no estarán sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones...» (74).

Por otra parte, los rendimientos dinerarios procedentes de operaciones de capitalización, de contratos de seguro de vida o invalidez y de rentas derivadas de la imposición de capitales, tributan como rendimientos íntegros de capital mobiliario (art. 25.3.a), aplicándose el porcentaje correspondiente previsto en el artículo 25.3.a) 2.º de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, deducidos gastos y reducciones. Lo deseable hubiera sido que las rentas y capitales obtenidos con esta modalidad de seguro tuvieran la consideración de rentas exentas tratándose de dependencias severas o grandes dependencias, incluyéndose en el artículo 7 de la Ley 35/2006.

---

mo de valoración de la situación de dependencia, baremo imperante en todo el territorio nacional en virtud de lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley de Dependencia.

(73) BOE de 29 de noviembre de 2006.

(74) En cuanto a los límites de reducción, vid. el artículo 52 de esta misma Ley 35/2006, de 28 de noviembre.

RESUMEN

SEGURO DE DEPENDENCIA  
FINANCIACIÓN PRIVADA DE LA  
DEPENDENCIA

*La Disposición Adicional segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, de regulación del Mercado Hipotecario y de otras normas del sistema hipotecario y financiero y de regulación de las hipotecas inversas y del seguro de dependencia, introduce el contrato de seguro como fórmula privada de financiación de la dependencia, que contribuya a sostener los elevados costes que la misma genera, asentando sus bases jurídicas en meras remisiones legislativas del todo insuficientes, que exigen de una importante labor interpretativa y de adaptación de la regulación general sobre el seguro, al seguro de dependencia.*

*Las entidades aseguradoras se obligan para el caso de que se produzca la situación de dependencia conforme al concepto contemplado en el artículo 2.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención para las personas en situación de dependencia. Al análisis de algunas cuestiones relativas, tanto al tomador del seguro, como a la persona del asegurado, le sigue el tratamiento de las obligaciones asumidas por las partes y de modo particular: el deber de declarar todas aquellas circunstancias que sean precisas para la adecuada determinación del riesgo; el deber de comunicar el siniestro, el pago de la prima y sus distintas modalidades. Por lo que se refiere a las obligaciones a cargo de las aseguradoras resulta especialmente relevante el deber de informar debidamente al tomador del seguro. Igualmente se examinan las prestaciones asumidas por las entidades aseguradoras en sus distintas variantes, ya sean éstas de meras sumas o de prestaciones in natura o de servicios, o de ambas a la vez.*

ABSTRACT

LONG-TERM CARE INSURANCE  
PRIVATE FINANCING OF LONG-  
TERM CARE

*Additional Provision Two of Act 41/2007 of 7 December regulating the mortgage market and other rules of the mortgage and financing system and regulating reverse mortgages and long-term care insurance introduces the insurance policy as a private way of financing long-term care and bearing the high costs therein involved. The legal bases of long-term care insurance are grounded in mere references to legislation, which are entirely insufficient and require a great deal of work to be done in legislative interpretation and in the adaptation of general insurance regulations to the special features of long-term care insurance.*

*Insurance companies have certain obligations to discharge should a long-term care situation occur as envisioned in section 2.2 of Act 39/2006 of 14 December to promote personal autonomy and care for persons in a situation of dependence. This article gives an analysis of a number of issues concerning the policyholder and the insured person, followed by a discussion of the obligations assumed by the parties, particularly: the duty to declare all circumstances necessary for the proper definition of the risk; the duty to report the claim; premium payment and the different types. One especially significant obligation incumbent on the insurance company is the duty to inform the policyholder properly. Moreover the article examines different variations of the benefits insurance companies are called upon to provide, ranging from mere sums of money to benefits in kind or in the form of services, or both at the same time.*

*As regards how a long-term care insurance policy behaves over time, the*

*En relación al desenvolvimiento temporal del contrato, se aborda: el momento inicial de la ejecución de las prestaciones debidas por las aseguradoras; las consecuencias jurídicas que ocasiona el retraso culpable en el cumplimiento de las prestaciones imputable a las mismas y la resolución del contrato, tanto a instancia de las aseguradoras, como del tomador del seguro, así como su derecho a desistir unilateralmente del contrato.*

*La posibilidad de que esta modalidad de seguro se contrate de modo independiente o coligado a planes de pensiones, hace que en todo aquello que no se regule contractualmente, le sea de aplicación el Texto Refundido de la Ley de Regulación de Planes de Pensiones y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre. Finalmente se realiza una referencia breve al tratamiento fiscal de este tipo de seguros.*

*article discusses: the point at which insurance policies begin providing the benefits they owe; the legal consequences of negligent delay in benefit performance attributable to the insurer; policy cancellation, at the request of the insurance company or the policyholder, and the right to abandon the contract unilaterally.*

*Because this mode of insurance may be taken independently or as part of a pension plan, the terms governing all matters not regulated by the policy are the terms of the Revised Act Regulating Pension Plans and Pension Funds, approved by Royal Legislative Decree 1/2002 of 29 November. The article ends with a brief reference to the taxation on this type of insurance.*

*(Trabajo recibido el 19-05-09 y aceptado para su publicación el 29-09-09)*