

# SEGUROS PRIVADOS PARA LA VEJEZ

Ricardo ALONSO SOTO  
Catedrático Emérito de Derecho Mercantil  
Universidad Autónoma de Madrid

## Resumen

*El trabajo aborda una descripción detallada de las principales modalidades de seguro que atienden a las preocupaciones de las personas de edad avanzada. Esas preocupaciones son, fundamentalmente, la situación económica al llegar a esa edad, la salud y los gastos funerarios que acarrea la muerte. En consecuencia, se analizan en el presente trabajo: (a) el seguro de vida tanto para el caso de muerte como de supervivencia a una determinada edad para resolver la situación económica del asegurado o de sus familiares o herederos; (b) los seguros de salud para resolver los problemas acarreados por un accidente o una enfermedad; (c) el seguro de dependencia para garantizar la ayuda que necesita la persona asegurada que pierde, por razones de edad, su capacidad física, mental o intelectual para valerse por sí misma; y (d) el seguro de decesos para hacer frente a los gastos del sepelio en caso de muerte del asegurado.*

## Palabras clave

*Seguros para la vejez. Seguro de vida en caso de supervivencia. Seguros de salud. Seguro de dependencia. Seguro de decesos.*

## Abstract

*This paper contains a detailed description of the main insurance modalities that address the concerns of the elderly, which are fundamentally: the economic situation at that age, health and funeral expenses that death entails. Accordingly, this paper purports to analyse: (a) life insurance for both death and survival at a certain age to resolve the economic situation of the insured or their relatives or heirs; (b) health insurance to solve problems caused by an accident or illness; (c) dependency insurance to guarantee the help needed by the insured person who loses, due to age reasons, their physical, mental or intellectual capacity to fend for themselves; and (d) funeral insurance to meet burial expenses in the event of the death of the insured.*

## Keywords

*Old age insurance, life and survival insurance, health insurance, dependency insurance, death and funeral insurance.*

SUMARIO: I. Introducción: El seguro como forma de transferencia del riesgo. II. Los seguros privados para la vejez: consideraciones preliminares. III. Los seguros de vida. IV. Los seguros de salud: 1. Seguro de accidentes. 2. Seguro de enfermedad. 3. Seguro de asistencia sanitaria. V. Seguro de dependencia. VI. Seguro de decesos. VII. Cuestiones importantes en relación con las modalidades de seguros anteriores. VIII. Otros seguros.

## I. INTRODUCCIÓN: EL SEGURO COMO FORMA DE TRANSFERENCIA DEL RIESGO

LA existencia humana se encuentra constantemente amenazada por una serie de riesgos que acechan a la propia persona o a sus bienes. Ante esta situación, las personas pueden adoptar una actitud pasiva o de resignación frente a dichos riesgos o bien un comportamiento activo o de búsqueda de soluciones que permitan evitar o disminuir sus efectos perjudiciales. Surgen así las técnicas de prevención que, pese a su evolución a través de los tiempos, no han logrado la desaparición total de los riesgos, por ello no debe extrañarnos que se hayan ensayado otros mecanismos para lograr que, al menos, no resulten especialmente gravosos, como, por ejemplo, el desplazamiento del riesgo hacia otras personas o entidades. Esta transferencia del riesgo puede realizarse de dos maneras diferentes: mediante la asociación de las distintas personas que están expuestas al mismo riesgo, de modo que cuando una de ellas sufre un siniestro el resto de los asociados contribuye a su reparación (seguro mutuo), o bien a través del traspaso del referido riesgo a otra persona que se compromete a asumirlo en su totalidad, a cambio, claro está, de un precio que pagará la persona que quiere protegerse (seguro a prima). De la combinación de ambos sistemas ha surgido el seguro moderno, que viene a sumar la transferencia del riesgo y su reparto entre una serie de personas que se encuentran sometidas a los mismos riesgos.

En torno a estos elementos se suele formular el concepto económico del seguro, que se asienta fundamentalmente sobre los siguientes requisitos: que exista un riesgo, esto es, la posibilidad de que se realice un evento económico desfavorable para el sujeto que se asegura; que haya una transferencia del riesgo del sujeto que lo sufre a otro que, generalmente, es un empresario especializado; que dicha transferencia conlleve una distribución del riesgo entre una colectividad de personas (lo que, desde una óptica empresarial, se suele realizar mediante la utilización de unas bases técnicas); y que la transferencia sea una operación autónoma y no un efecto secundario de otro tipo de negocio.

Característica esencial del seguro moderno es, por una parte, la realización de la actividad por un empresario especializado. En efecto, la industria aseguradora solo puede ser realizada con garantía de éxito por empresarios especializados, aptos para organizar la explotación industrial conforme a un plan racional con el auxilio de métodos estadísticos y los oportunos cálculos matemáticos; y, por otra, la intervención de la Administración Pública para garantizar el control y la solven-

cia de las entidades aseguradoras, que en España se realiza a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (1).

## II. LOS SEGUROS PRIVADOS PARA LA VEJEZ: CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En relación con los seguros privados para la vejez hay que resaltar: en primer lugar, que las personas de edad avanzada están cada día más presentes en nuestra sociedad fundamentalmente por dos razones: Su importancia poblacional y el desplazamiento de la longevidad hacia edades avanzadas. En efecto, según datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2019, había 6.699.223 personas mayores de 70 años, lo que representa el 17% de la población, de los cuales el 25% tiene más de 80 años. Y, en segundo lugar, que la vejez suele generar en las personas tres tipos de preocupaciones: la situación económica (dinero), el estado físico (salud) y la muerte (gastos funerarios). Frente a estas preocupaciones o riesgos, la práctica del seguro ha desarrollado fundamentalmente las siguientes modalidades de seguro:

- El seguro de vida para el caso de muerte o supervivencia para tratar de solventar la preocupación económica al fallecer el asegurado o llegar a una edad avanzada.
- Los seguros de salud para remediar los accidentes y la enfermedad o procurar la asistencia sanitaria
- El seguro de dependencia para garantizar la ayuda que necesita la persona que, por razones de la edad, la enfermedad o la discapacidad, pierde capacidad física, mental o intelectual para valerse por sí misma
- El seguro de decesos, que cubre los gastos del sepelio en caso de muerte del asegurado.

## III. LOS SEGUROS DE VIDA

Son seguros que atienden fundamentalmente a la preocupación de la sustentación económica del asegurado durante el periodo de vida que le reste a partir de una determinada fecha (supervivencia) o la de su familia (muerte). Esta preocupación motiva la existencia de dos categorías de seguro de vida según el riesgo que cubran: las consecuencias de la muerte o de la supervivencia.

Los seguros de vida son una modalidad de seguros de personas con regulación propia y diferente de los seguros de daños. Los seguros de personas están regulados en el título III de la Ley de contrato de seguro, que comprende cinco secciones:

- Primera, de disposiciones comunes (arts. 80 a 82).
- Segunda, del seguro sobre la vida (arts. 83 a 1009).

---

(1) ALONSO SOTO, *Contrato de seguro*, en MENÉNDEZ, *Lecciones de Derecho Mercantil*, II, Madrid 2019, p. 315.

Tercera, del seguro de accidentes (arts. 100 a 104).

Cuarta, de los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria (arts. 105 y 106).

Quinta, de los seguros de decesos y dependencia (arts. 106 bis a 106 quáter) (2).

Los seguros de personas, especialmente los seguros de vida, accidentes y enfermedad, se diferencian de los seguros de daños en que son «seguros de sumas» y no de indemnización. En los primeros, el asegurador no procede a la estimación del daño sufrido, sino que paga una cantidad predeterminada, mientras que, en los segundos, se resarce el daño realmente sufrido. Así pues, en los seguros de sumas la prestación del asegurador consiste en el pago de una cantidad de dinero que se fija discrecionalmente en el contrato y que no necesita ser verificada en función de otros parámetros como la realización de un peritaje para probar el daño. A este respecto hay que tener en cuenta que la prima o precio del seguro se establece en función de la suma asegurada, por lo que ésta debe estar ajustada a las expectativas de muerte, vejez o necesidad de disponibilidad económica. Se basa, en definitiva, en una previsión de ahorro para el asegurado (seguro de supervivencia) o para sus familiares o herederos (seguro de vida para el caso de muerte) (3).

La Ley de contrato de seguro no ofrece un concepto de seguro de vida, sino que se refiere principalmente a sus modalidades. Así el artículo 83 establece: *El seguro de vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para el caso de muerte como para el caso de supervivencia o ambos conjuntamente*. La doctrina ha elaborado, en cambio, el siguiente concepto de seguro de vida: Es el seguro en el que el asegurador, a cambio de una prima, se obliga a satisfacer al contratante (tomador del seguro) o a la persona que éste designe (beneficiario) un capital o una renta cuando la persona asegurada fallezca o cuando llegue vivo a una determinada edad (4).

Características de este seguro son: a) Ser un seguro de sumas en los términos ya indicados; b) Tener como elementos personales al tomador del seguro que actúa como contratante del mismo, el asegurado que es la persona que soporta el riesgo de muerte o supervivencia; el beneficiario que es la persona que va a recibir la prestación del asegurador; y c) Cubrir, como riesgo asegurado, algunos eventos consustanciales a la naturaleza humana como la muerte o la supervivencia a una determinada edad o fecha.

En cuanto a sus modalidades hay que señalar que son muy diversas en función de variables como la edad, la situación familiar, los recursos disponibles, la coyuntura económica, el modo de vida, la posición social o laboral, etc.

Las modalidades básicas se pueden sintetizar en las siguientes:

– Según el riesgo asegurado, puede distinguirse entre (a) el seguro de vida para el caso de muerte, en el que el asegurador pagará al beneficiario la suma asegurada cuando se produzca el fallecimiento del asegurado; (b) el seguro de vida para el caso de supervivencia, en el que el asegurador se obliga a entregar al asegu-

---

(2) Introducidos por la Ley 20/2015, LOSSEAR.

(3) ANGULO, *Sobre la regulación de los seguros de personas*, en Estudios homenaje al Prof. Duque, II, Valladolid 1995, p. 1157.

(4) PICARD BESSON, *Les Assurances terrestres*, París, 1982, p. 625.

rado la suma asegurada o a satisfacer una renta vitalicia mientras viva éste; y (c) el seguro mixto, que conjuga las dos modalidades anteriores y cubre simultáneamente los riesgos de muerte y sobrevivencia; en este seguro la suma asegurada se entregará por el asegurador al beneficiario en el caso de muerte o al propio asegurado en el caso de sobrevivencia. En esta modalidad de seguro es esencial la determinación de una fecha en el contrato a partir de la cual se determinará la forma de la prestación del asegurador.

– En función de la persona asegurada, suelen clasificarse los seguros entre (a) seguro individual, que opera sobre la cabeza de un solo asegurado; (b) seguro colectivo o de grupo, por el que se asegura conjuntamente a un grupo de personas vinculadas de modo adecuado por razones ajenas al seguro (pertenencia a una empresa o gremio profesional). Las ventajas de esta modalidad son principalmente, de un lado, que por su carácter colectivo la prima se promedia en función del número de los asegurados y, por otra, que una parte de la prima suele ser pagada por la entidad contratante generadora del vínculo que posibilita este seguro; y (c) seguro sobre la cabeza de un tercero, en el que el riesgo del seguro no recae sobre la persona del contratante sino de otra persona como por ejemplo el cónyuge o los familiares de éste. En esta modalidad de seguro se exige el consentimiento expreso de la persona asegurada para acreditar la existencia de un interés que es elemento básico para la existencia del seguro.

– En función de la prima del seguro, puede distinguirse entre seguros de prima periódica (en los que el precio del seguro se paga por períodos de riesgo que, por lo general, comprenden una anualidad) y seguros de prima única (en los que el precio del seguro se paga de una sola vez al contratar el seguro).

– Otras modalidades de seguros de vida incluyen, en primer lugar, el seguro de vida-ahorro inversión (*unit link*) que es un producto de inversión financiera en forma de seguro, en el cual, al vencimiento del período de tiempo pactado el asegurador pagará al contratante o al beneficiario la suma asegurada más los resultados de las inversiones realizadas con la prima única o las primas pagadas por el contratante y, en el caso de fallecimiento de éste, se pagará la suma asegurada determinada en el contrato. En razón del objeto de las inversiones realizadas y del riesgo que conllevan, la comercialización de este seguro se somete a los requisitos de la venta de productos financieros (5). En segundo lugar, existe el seguro de amortización de préstamos, que tiene por objeto el asegurar el pago de las deudas contraídas por el asegurado en caso de fallecimiento de éste (suele ser habitual en el caso de préstamos con garantía hipotecaria y de cobertura del saldo deudor de las tarjetas de crédito). En tercer lugar, también existen los seguros dotales, cuya principal finalidad es constituir una dote o un capital en beneficio de otra persona para el caso de que fallezca el asegurado, como, por ejemplo, que la suma asegurada (dote) se entregue a un hijo para que pueda realizar estudios universitarios o para garantizarle medios económicos en caso de que sea una persona discapacitada. Como fácilmente puede extraerse de la exposición anterior, se trata de una modalidad de seguro muy flexible que se adapta muy bien a la situación, necesidades y deseos de los contratantes.

---

(5) TAPIA HERMIDA, *El seguro de vida como instrumento de ahorro y previsión*, RES 2006, n.º 126, p.229. ALONSO SOTO, *La comercialización de productos financieros basados en seguros*, en Anuario Mercantil para Abogados, La Ley 2017, p.413; ID, *La información al tomador del seguro en la comercialización de productos financieros en forma de seguro*, Rev. Jurídica de la UAM, n.º 36, 2017, p. 17

#### IV. LOS SEGUROS DE SALUD

Como su mismo nombre indica son seguros que cubren riesgos relacionados con la salud del asegurado. En nuestro derecho comprenden fundamentalmente tres modalidades:

- Seguro de accidentes.
- Seguro de enfermedad.
- Seguro de asistencia sanitaria (6).

##### 1. SEGURO DE ACCIDENTES

Por esta modalidad de seguro el asegurador se compromete a pagar al asegurado o beneficiario la indemnización prevista en el contrato en el caso de que se produzca la muerte o invalidez del asegurado como consecuencia de un accidente (7).

Se considera accidente la lesión corporal que deriva de un causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca la invalidez temporal o permanente o la muerte del mismo (art. 100 LCS). Si el asegurado provoca intencionalmente el accidente, el asegurador quedará liberado del cumplimiento de su obligación de indemnizar (art. 102 LCS).

Los gastos de asistencia sanitaria derivados del accidente serán por cuenta del asegurador siempre que su cobertura se haya establecido expresamente en la póliza y que la asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente.

En esta modalidad de seguro, la prestación del asegurador presenta la dificultad de determinar el daño sufrido por el asegurado, teniendo que valorar tanto el daño emergente como el lucro cesante. Esta prestación suele comprender, en caso de muerte o invalidez total del asegurado, el pago de una cantidad como indemnización por los daños sufridos, mientras que, en caso de invalidez temporal, se pagará una cantidad diaria como indemnización.

Las cantidades a indemnizar se determinarán en función del grado de invalidez según certificación médica o atendiendo a los baremos fijados en la póliza de seguro o establecidos legalmente.

##### 2. SEGURO DE ENFERMEDAD

El seguro de enfermedad se regula conjuntamente con el de asistencia sanitaria en la Ley de contrato de seguro en razón de que comparten un mismo riesgo que es la enfermedad (art. 105 LCS) (8).

---

(6) VERGEZ, «Los seguros de accidentes y de enfermedad y asistencia sanitaria», en VERDERA, *Comentarios a la Ley de contrato de seguro*, Madrid 1982, p. 1049.

(7) VEIGA, *Tratado del contrato de seguro*, Madrid, 2009, p. 821.

(8) VEIGA, *ob. cit.*, p. 838

A estos efectos, se entiende por enfermedad la perturbación del estado de salud de una persona que se traduce en una situación anormal del cuerpo o del espíritu.

La enfermedad puede producir efectos dañinos al asegurado que este trata de cubrir mediante alguna de las dos modalidades siguientes: el seguro de enfermedad y el de asistencia sanitaria. La diferencia entre ambas es que, en el seguro de enfermedad, las prestaciones del asegurador son monetarias, esto es el asegurador se obliga a pagar una cantidad a tanto alzado que se corresponde con los gastos en los que ha incurrido el asegurado como consecuencia de la enfermedad. En síntesis, es un seguro de reembolso de los gastos. Por el contrario, en el seguro de asistencia sanitaria, el asegurador se obliga a prestar los servicios médicos y quirúrgicos necesarios para curar o paliar la enfermedad. Este seguro comporta, a diferencia del anterior, una obligación del asegurador de hacer por sí mismo o a través de un tercero.

El seguro de enfermedad protege al asegurado contra las consecuencias económicas de una enfermedad y lo hace de las siguientes formas según lo pactado en la póliza de seguro:

a) Pago de sumas a tanto alzado, es decir, pago al asegurado de una cantidad de dinero mientras dura la enfermedad o las secuelas que deja en función de las siguientes circunstancias; (i) por intervención quirúrgica; (ii) por día de hospitalización por intervención quirúrgica; (iii) por día de hospitalización por cualquier causa; (iv) por incapacidad temporal total que impide al asegurado ejercer su trabajo o profesión.

b) Pago de una indemnización que se corresponde con los gastos de asistencia médica o farmacéutica en los que ha incurrido el asegurado, es decir, un mero reembolso de los gastos.

### 3. SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

En esta modalidad del seguro de salud, como ya se ha expuesto anteriormente, el asegurador asume directamente la prestación al asegurado de los servicios médicos y quirúrgicos dentro de los límites y condiciones establecidos en la ley y en el contrato (9).

En la práctica, sin embargo, las entidades aseguradoras no suelen prestar directamente los servicios, sino que los contratan o conciertan con profesionales sanitarios, clínicas y hospitales, limitándose, por tanto, a organizar, controlar y supervisar los citados servicios. En esta modalidad de seguro se separa la actividad aseguradora propiamente dicha y la de prestación de servicios médico-sanitarios que se contratan o conciertan con otras entidades no aseguradoras a las que retribuyen por la prestación de los servicios (honorarios médicos y coste de pruebas, operaciones de cirugía y hospitalizaciones). Algunas veces imponen al asegurado el pago de una cantidad (franquicia) por cada prestación para evitar el abuso de los servicios y reducir la prima, la necesidad de requerir la autorización de la compañía de seguros para que proceda la prestación, por necesidades de control o la existencia de períodos de carencia para que el asegurado pueda acceder efectivamente a la prestación.

---

(9) VEIGA, ob. cit., p. 842; MARTÍNEZ GIJÓN, *El seguro privado de asistencia sanitaria*, Madrid 2002.

Las principales cuestiones que plantean estos seguros son:

a) La declaración del riesgo mediante cuestionario de salud que presenta la entidad aseguradora al asegurado para poder apreciar el riesgo que se asegura. El asegurador puede rescindir el contrato si hubo reticencia o inexactitud en los datos declarados por el asegurado. La declaración del riesgo es un deber que corresponde al tomador del seguro o al asegurado. Estas personas quedarán exoneradas del cumplimiento de tal deber si el asegurador no exige rellenar el cuestionario o si el debate se plantea sobre cuestiones de salud no incluidas en el cuestionario.

b) La libertad de elección del prestador del servicio por parte del asegurado dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato. En estos casos, es habitual que la entidad aseguradora facilite al asegurado el cuadro médico y los servicios hospitalarios concertados que garanticen una efectiva libertad de elección.

c) La cobertura por el seguro de la asistencia sanitaria fuera de los cuadros médicos o centros propios o concertados, así como también la cobertura en el extranjero.

d) La responsabilidad civil por negligencia. A este respecto hay que tener presente que la entidad aseguradora se obliga a poner los medios y no a garantizar los resultados y, en consecuencia, responde del mal funcionamiento material y personal del servicio sanitario prestado. Sin embargo, se trata de una cuestión compleja debido a que en la prestación sanitaria interviene un profesional médico que goza de independencia y autonomía en sus decisiones que deben ser tomadas con arreglo a la *lex artis* y sin imposiciones de la entidad aseguradora, asumiendo también una responsabilidad personal, en su caso, por mala práctica (10).

Con respecto a la responsabilidad de la entidad aseguradora, la jurisprudencia ha seguido cuatro vías distintas de actuación: a) La responsabilidad contractual por incumplimiento del contrato; b) la responsabilidad extracontractual por hecho propio o de sus dependientes; c) la responsabilidad por culpa *in eligendo* o *in vigilando*; d) La responsabilidad objetiva por riesgo.

## V. SEGURO DE DEPENDENCIA

En esta modalidad de seguro, de reciente introducción en nuestro Derecho del seguro, el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley o en el contrato, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación (art. 106 ter LCS) (11).

---

(10) MARTIN CASALS/RIBOT-SOLE, «La responsabilidad de las entidades de seguro de salud en reclamaciones judiciales por errores o negligencias médicas», *Cuadernos de SEAIDA*, núm. 4, Madrid 2006.

(11) MALDONADO, *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Valencia 2003, p. 70; VEIGA, «Los seguros de dependencia», *Rev. ICADE* 2007, p. 71; MERCADER, «Concepto y concepciones de dependencia», *Relaciones Laborales* 2004, p. 167; BARCELON-QUINTERO, «La situación de dependencia personal como nueva contingencia protegida por el Sistema de Protección Social», *RMTAS* 2006, núm. 60, p. 18; BLAY-GUILLEN, «Coste de atención a la dependencia en España», *RTS* 2005, núm. 126, p. 195

Se entiende por situación de dependencia la prevista en la Ley 36/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en cuyo artículo 2 se definen los conceptos básicos relativos a dicha situación: A efectos de dicha Ley, se entiende por dependencia «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 a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas ayudadas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».

Esta definición se completa con las siguientes:

- Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.
- 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.
- Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
- Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.
- Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

En el seguro de dependencia, la prestación del asegurador podrá consistir en:

- a) Abonar al asegurado el capital o la renta pactada cuando se produzca la situación de dependencia.
- b) Reembolsar al asegurado los gastos de la asistencia por dependencia.
- c) Garantizar al asegurado la prestación de los servicios de asistencia, debiendo, en este caso, el asegurador poner a disposición del asegurado dichos servicios y asumir directamente su coste.

Este seguro hay que ponerlo en relación con la normativa sobre el derecho básico a la prestación por dependencia que ha consagrado la Ley 36/2006 anteriormente citada, que consiste en la posibilidad de obtener una prestación asistencial directa o, subsidiariamente, una prestación económica del Estado.

Así, a raíz de esta norma, el seguro de dependencia opera como complementario o sustitutivo de la prestación reconocida en la mencionada Ley.

Elemento esencial de este seguro es la delimitación del nivel de dependencia que se establece en función de las veces que la persona dependiente tiene que ser ayudada cada día para llevar a cabo las actividades básicas:

- Nivel moderado: cuando el apoyo se precisa una sola vez. En este caso se precisa un apoyo intermitente.
- Nivel severo: cuando el apoyo se precisa dos o tres veces diarias. En este caso se precisa un apoyo permanente.
- Gran dependiente: cuando la persona sufre una pérdida absoluta de capacidad por sí misma para desarrollar actividades básicas. En este caso se precisa apoyo constante.

El nivel se determina, de un lado, mediante los datos reflejados por medio de las respuestas a un cuestionario, así como por la observación directa y, de otro, por el baremo establecido en el Real Decreto 504/2007, para la valoración de la situación de dependencia.

## VI. SEGURO DE DECESOS

Por el seguro de decesos el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en este título y en el contrato, a prestar los servicios funerarios pactados en la póliza para el caso en que se produzca el fallecimiento del asegurado (art. 106 bis LCS) (12). Se trata de una modalidad de seguro que tiene por objeto (a) bien la prestación directa por el asegurador de los servicios funerarios pactados en la póliza, (b) bien el reembolso de los gastos que comporte la prestación de dicho servicio. En la práctica este seguro se suele contratar estableciendo que el servicio funerario al que está obligado el asegurador se realice por una empresa funeraria concertada con este, aunque también es frecuente que se contrate mediante el establecimiento como suma asegurada que será hecha efectiva por el asegurador en caso de fallecimiento del asegurado y que se corresponde con el precio que la prestación de un servicio funerario completo alcanza en el mercado.

Llegado el momento del siniestro, si hay un exceso de la suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el asegurador, corresponderá al tomador del seguro o, en su defecto a los herederos. En el supuesto de que el asegurador no hubiere podido proporcionar la prestación por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por la aseguradora, el asegurador quedará obligado a satisfacer la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.

---

(12) MARCOS, «El seguro de decesos», *Working Paper del Instituto de Empresa*, Madrid 2003; MARCOS-SÁNCHEZ GRAELLS, «Insuficiencias en la regulación del seguro de decesos», *RDM* 2007, núm. 263, p. 2007.

En caso de concurrencia de seguros de decesos en una misma aseguradora, el asegurador estará obligado a devolver, a petición del tomador, las primas pagadas de la póliza que haya decidido anular desde que se produjo la concurrencia. En caso de fallecimiento, si se hubiera producido la concurrencia de seguros de decesos en más de una aseguradora, el asegurador que no hubiera podido cumplir su obligación de prestar el servicio funerario en las condiciones establecidas en el contrato, vendrá obligado al pago de la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido.

## **VII. CUESTIONES IMPORTANTES EN RELACIÓN CON LAS MODALIDADES DE SEGUROS ANTERIORES.**

En relación con las últimas modalidades de seguros reseñadas hay que señalar dos cuestiones importantes:

- 1) En primer lugar, en los seguros de decesos y de dependencia, la oposición a la prórroga del contrato solamente podrá ser ejercitada por el tomador del seguro.
- 2) En segundo lugar, en los seguros de asistencia sanitaria, dependencia y decesos, las entidades aseguradoras garantizarán a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato. En estos casos la entidad aseguradora deberá poner a disposición de los asegurados, de forma fácilmente accesible, una relación de prestadores de servicios que garanticen una efectiva libertad de elección, salvo en aquellos contratos en los que expresamente se prevea un único prestador (art. 106 quáter LCS).

En otro orden de cosas y desde un punto de vista sociológico, hay que señalar, como cuestión importante para hacer frente de forma eficaz a las preocupaciones de las personas de edad avanzada, la necesidad de desarrollar campañas de información sobre la existencia de estas modalidades de seguro, las funciones que cumplen y las ventajas de tipo social y económico que generan. Por otra parte, es preciso poner de manifiesto, de un lado, que su coste es generalmente asequible para las personas de edad avanzada, habiéndose notado una rebaja de las primas a medida que aumentan las personas aseguradas y, de otro, que no hay que desconfiar de las entidades aseguradoras que ofrecen estas modalidades de seguros porque la mayoría de ellas están adheridas a un «Código de buenas prácticas», promocionado por UNESPA (Asociación empresarial del seguro) que garantiza el cumplimiento de las prestaciones contratadas en condiciones de seguridad y calidad, sin olvidar a este respecto el control que ejerce sobre la actividad de las entidades aseguradoras la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

## **VIII. OTROS SEGUROS**

También se pueden incluir dentro de la categoría de seguros para la vejez otras modalidades, en este caso de seguros de daños, que, aunque su finalidad

específica no sea paliar las consecuencias desventajosas de la vejez, pueden tener una gran utilidad para las personas ancianas, tales como:

1. Los seguros de hogar que ofrecen al asegurado la cobertura de tareas habituales en el hogar que los asegurados, por razones de edad, no están en condiciones de realizar por sí mismos, pongamos, por ejemplo, arreglar un grifo, cambiar una bombilla o arreglar un enchufe o una persiana.

2. El seguro de responsabilidad civil que cubre las indemnizaciones por los daños causados por el asegurado a otra persona o a sus bienes por no haber podido actuar con la diligencia debida por razones de edad o por hallarse en situación de dependencia con pérdida de facultades físicas, mentales o intelectuales, como podría suceder, por ejemplo, el incendio o la explosión ocasionados por haberse olvidado de apagar la cocina de gas, la inundación causada por no haber cerrado un grifo o el accidente causado por un defecto visual o de audición.