



Boletín nº 6/16  
7 de JUNIO de 2016



***La imposibilidad de cuantificación del daño por falta de informe médico de parte en la reclamación extrajudicial ¿puede ser motivo para dar respuesta motivada? (art.7.4 a Ley 8/2004)***

Por

María José Fernández Martín

La falta de informe médico de parte en la reclamación extrajudicial que imposibilite la cuantificación del daño por el lesionado en la formulación de su reclamación no puede ser utilizada como motivo por el asegurador para dar una respuesta motivada.

- Timendi causa est nescire
- ("La ignorancia causa el miedo").

(Séneca)

Dentro del Título IV introducido por el apartado siete del artículo único de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación («B.O.E.» 23 septiembre se determina, en el artículo 7, 2 que el asegurador debe presentar en el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, tanto si se trata de daños

personales como daños en los bienes, siempre que entienda que ha quedado acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño, una oferta motivada de indemnización que cumpla con los requisitos establecidos en el apartado 3 del artículo 7

El asegurador deberá observar desde el momento en que conozca, por cualquier medio, la existencia del siniestro, una conducta diligente en la cuantificación del daño y la liquidación de la indemnización. Esto implica la imposición legal al asegurador de una obligación de actuación de forma proactiva, desde el momento en que conozca la existencia de lesiones para accionar los medios necesarios que conduzcan a la determinación efectiva del daño sufrido por el perjudicado, la determinación y medición de secuelas y la acreditación de las lesiones temporales mediante el empleo de los servicios médicos que sean considerados necesarios y con independencia de que el lesionado aporte o no los dictámenes correspondientes al daño experimentado por causa del accidente y/o la asistencia médica y tratamientos médicos recibidos.

De esta manera, incumbe al asegurador emitir y comunicar al lesionado una oferta motivada en el plazo de tres meses desde que, acreditada su vinculación a la responsabilidad de su asegurado, pueda tener constancia y valorar el daño y sus consecuencias conforme a un informe médico ajustado a las reglas de este sistema. Dicho informe no tiene por qué ser un informe aportado por el lesionado, ni por los médicos (públicos o privados) que le hayan atendido en su proceso de curación.

El Artículo 37 regula la Necesidad de informe médico y los deberes recíprocos de colaboración: estos deberes recíprocos imponen a todas las partes afectadas por una reclamación derivada de un hecho de la circulación, una serie de obligaciones entre las que destaca que la determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de llevarse a cabo mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema.

Al lesionado se le impone el deber de prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual asegurador del responsable lo reconozcan y sin necesidad de que la información médica necesaria para justificar la reclamación sea facilitada por el propio lesionado.





***La imposibilidad de cuantificación del daño por falta de informe médico de parte en la reclamación extrajudicial ¿puede ser motivo para dar***

De hecho, el precepto legal sólo sanciona la falta de colaboración del lesionado hacia los servicios médicos de la aseguradora con la pérdida al devengo de intereses moratorios, pero en ningún caso le impone la obligación de justificar su reclamación ni siquiera de cuantificarla. La ley le exige colaboración del lesionado para que la aseguradora llegue a poder verificar la cuantificación conforme a un informe médico fundamentado con arreglo al sistema de valoración del daño corporal que ha de quedar reflejado y adjunta en la preceptiva la oferta motivada

Los servicios médicos proporcionarán tanto a la entidad aseguradora como al lesionado el informe médico definitivo que permita valorar las secuelas, las lesiones temporales y todas sus consecuencias personales. A los efectos del artículo 7.3.c) de esta Ley, carecerá de validez la oferta motivada que no adjunte dicho informe, salvo que éste se hubiera entregado con anterioridad.

En caso de que no pueda cumplir con la obligación de dar una oferta motivada, o si la reclamación ha de ser rechazada, deberá dar una respuesta motivada con contestación suficiente a la reclamación formulada, indicando el motivo que impide efectuar la oferta de indemnización, indicando la causa del impedimento que deberá ser especificada.

Si la causa fuera la dilatación del proceso de curación del perjudicado que impidiera fijar el alcance total de las secuelas padecidas o no se pudiera cuantificar plenamente el daño, la respuesta motivada deberá incluir referencia a los pagos a cuenta o pagos parciales anticipados y el compromiso del asegurador, comunicado cada dos meses, de presentar oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado los daños.

Por otro lado, la respuesta motivada ha de contener de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga, incluyendo el informe médico definitivo, que acrediten las razones de la entidad aseguradora para no dar una oferta motivada. A estos efectos, el asegurador, a su costa, podrá solicitar previamente los informes periciales privados que considere pertinentes, que deberá efectuar por servicios propios o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño.

El incumplimiento de esta obligación constituirá infracción administrativa grave o leve.

Trascurrido el plazo de tres meses sin que se haya presentado una oferta motivada de indemnización por una causa no justificada o que le fuera imputable al asegurador, se devengará intereses de demora, de acuerdo con lo previsto en el artículo 9 de esta Ley. Estos mismos intereses de demora se devengarán en el caso de que, habiendo sido aceptada la oferta por el perjudicado, ésta no sea satisfecha en el plazo de cinco días, o no se consigne para pago la cantidad ofrecida.

Todo lo anterior es también de aplicación para los accidentes que puedan indemnizarse por el sistema de las oficinas nacionales de seguro de automóviles, en cuyo caso toda referencia al asegurador se entenderá hecha a la Oficina Española de Aseguradores de Automóviles (Ofesauto) y a las entidades corresponsales autorizadas para representar a entidades aseguradoras extranjeras.





**¿Se puede aportar el informe médico, realizado por el Instituto de Medicina Legal, de la reclamación extrajudicial obligatoria como prueba pericial del art. 335 y siguientes de la LEC?, y ¿es necesario que se ratifique para que valga como prueba (art.380 LEC)?**

La ley procesal civil exige que, junto con la demanda o, en su caso, con la contestación a la demanda, se aporte el informe pericial médico, por lo que estamos obligados a aportarlo desde ese momento (Artículo 336 Ley de Enjuiciamiento Civil). Es importante tener presente que la mera aportación del informe pericial no acredita la existencia de las lesiones del perjudicado, por lo que se hace necesario adjuntar con la demanda civil por accidente de tráfico toda la documentación médica relevante.

El sistema de valoración no prevé nada sobre la comparecencia de los médicos forenses en el proceso para ratificación de informes valorativos definitivos realizados en la fase extrajudicial. En el Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor.” el legislador deja claro que el forense sólo intervendrá en la fase de reclamación extrajudicial, por lo que si no hay acuerdo y se ha de acudir a juicio, en principio no podríamos citar al facultativo forense firmante como testigo o perito. Es más, en el Real Decreto se fija una contraprestación económica por el informe forense, pero no se prevé una contraprestación por asistir a juicio a defender, ratificar y explicar las conclusiones forenses ante el juez, señal evidente de que no se prevé que los forenses acudan a la vista oral.

Sin embargo es evidente, que el perito no es juez y su labor fundamental radica en facilitar a aquél la máxima información posible para valorar un hecho de trascendencia procesal, ahora bien el Juez tampoco es un perito, de manera tal que si se ha admitido una prueba de tal naturaleza para apreciar un hecho de importancia en la resolución del litigio para el que son precisos conocimientos especializados (art. 335 LEC), cuya admisión se halla condicionada a la concurrencia de los requisitos de necesidad, pertinencia y utilidad (art.283) prescindir de los mismos, sin razonamiento de clase alguna, o sin introducir las dudas del juzgadora través de las explicaciones y aclaraciones requeridas del perito (art. 347) convierte una decisión de tal clase en arbitraria y por lo tanto inapropiada para fundar una resolución judicial.

En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 15 octubre 1991 (RJ 1991\7073) dice que si a la prueba pericial se acude por necesitarse especiales conocimientos de los que el órgano judicial carece para poder juzgar, es incongruente que el juzgador sustituya arbitrariamente la ciencia del perito por la suya propia, descartando las conclusiones del especialista para imponer las suyas, que desde luego nunca podrán contar con la misma autoridad y credibilidad científicas.

Deberá ser el juez, quien haciendo uso de las normas de procedimiento, quien determine la necesidad en su caso de la ratificación del informe del médico forense atendidas los elementos por los que deba dictaminar y para ello, podrá acudir a lo dispuesto en los artículos 380 y 370 de la LEC si así lo considerase necesario.

## EL RINCÓN DE LA SONRISA: LA ES PERA

