



Boletín nº 5/20
7 DE MAYO 2020



*Aequam memento rebus in
arduis servare mentem – Ho-
racio*

*“Recuerda mantener la men-
te serena en momentos dífi-
ciles”.*

INFORMATIVO MENSUAL

IURA & PRÁXIS

COMENTARIO--RESUMEN AL INFORME RAZONADO SOBRE EL SISTEMA PARA LA VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN, (2)

Por María José Fernández Martín

La solicitud de documentación : Las víctimas y abogados subrayan que los términos legales del art. 7.1 LRCSCVM se emplean por algunas aseguradoras para solicitar documentación innecesaria o no relacionada con el siniestro (por ejemplo, historial médico anterior o certificación de situaciones personales o profesionales improcedentes),

En la solicitud de peritaciones, facturas o fotografías de los daños en el vehículo propio. Se señala que hay compañías que exigen esta información sin la cual no realizan oferta alguna y a menudo las propias compañías no facilitan esta documentación ni a su asegurado ni a su abogado. No parece adecuado exigir a un perjudicado que tome las fotografías de su vehículo tras sufrir un siniestro, o que se preocupe de conseguir el presupuesto,

factura o informe de peritación cuando su vehículo ha sido reparado por convenio.

En un 75% de los casos con lesiones leves, la entidad requiere que se facilite documento acreditativo del número de sesiones de rehabilitación realizadas y que, muchas de estas compañías, reducen los periodos de lesión temporal computando únicamente ese número de sesiones en lugar del período total de padecimiento del daño. Esto produce uno de los principales motivos de judicialización de asuntos que deberían poderse transaccionar sin problema.

Indican también que en un 15-20% de casos, en general de lesiones leves y casi siempre con lesiones en columna cervical, dorsal o lumbar, se exige historia clínica completa del lesionado a fin de encontrar cualquier antecedente médico que les permita negar el nexo causal con el accidente.,

Los casos de antecedentes patológicos de las personas, salvo casos de fraude, deben atenderse e indemnizarse con especial atención, incluso superior al caso donde no existen patologías previas ya que puedan agravar tanto el periodo de curación como las secuelas que le pueden quedar a la víctima y, sin embargo, frecuentemente los estados previos se utilizan para reducir las indemnizaciones o, incluso, denegarlas.

Las víctimas señalan que generalmente en los casos de lesión leve, incluso cuando se describe en el informe médico la secuela por sus efectos negativos en la vida y salud de la víctima se catalogan como definitivas, la entidad no las indemnizará a menos que se aporte informe médico pericial, y ello aunque la víctima haya sido visitada por los servicios médicos de la compañía y éstos reconozcan -internamente- la existencia de dichas secuelas. Los lesionados se ven así obligados a hacer el desembolso económico de dicha prueba con el único objetivo de conseguir la indemnización de 1 a 5 puntos por esas secuelas leves. Las aseguradoras creen que esta práctica es correcta.





COMENTARIO--RESUMEN AL INFORME (2)

Desequilibrio en caso de infracción de los deberes impuestos por el art. 7 LRCSCVM

Hay una clara falta de consenso entre partes (víctimas y abogados de un lado y compañías aseguradoras de otro) sobre el equilibrio en las consecuencias de la infracción de los deberes que impone el art. 7 LRCSCVM a las aseguradoras y a los perjudicados o lesionados. Las aseguradoras manifiestan que consideran que se imponen más obligaciones a las aseguradoras que a las víctimas y que debería regularse con mayor claridad cuál es el deber de colaboración de las víctimas.

Las Víctimas, los abogados y los abogados de víctimas consideran que las sanciones de intereses moratorios al asegurador es mucho más benigna que la inadmisión de la demanda en caso de falta de reclamación previa.

En el mismo sentido, magistrados y fiscales manifiestan que debe establecerse una mayor sanción cuando una de las partes incumple sus obligaciones durante el proceso extrajudicial y clarificar cuál es su repercusión en el proceso judicial posterior.

la Ley debería dejar claro que los comportamientos y actuaciones en la vía extrajudicial vinculan en la vía judicial e incluso admitir la posibilidad de imponer costas en la vía judicial en atención al comportamiento en la vía extrajudicial.

Por su parte, los abogados manifiestan que debería establecerse en el art. 7.8 LRCSCVM que no podrán utilizarse en el proceso judicial posterior los peritajes (médicos, mecánicos, etc.) que se pudieron hacer y utilizar en la vía extrajudicial. Ello dejaría claro que lo extrajudicial puede vincular actuaciones posteriores en la vía judicial, y de esta forma, impediría que se aporten en la vía judicial aquellos documentos o periciales que no se utilizaron o no se quisieron realizar en el curso de la vía extrajudicial.

Los principales problemas planteados en relación con la oferta motivada

A. Los llamados «ofrecimientos telefónicos»

La nueva redacción del art. 7 LRCSCVM no ha modificado el papel central de la oferta y respuesta motivadas como vehículo exclusivo para llevar a cabo en el ámbito extrajudicial las reclamaciones de las víctimas y las respuestas por parte de las aseguradoras. No obstante, con motivo de la nueva redacción del art. 7 LRCSCVM y de la interpretación que en la práctica se ha dado a la introducción de la necesidad de reclamación previa y de su carácter prejudicial, se han producido algunas malas prácticas que la CS ha intentado paliar mediante la llamada llamada «Guía de Buenas Prácticas»(GBP).

Los llamados «ofrecimientos telefónicos» han sido una mala práctica que proliferó en el primer año de la puesta en marcha de la nueva regulación. A menudo consisten en ofertas informales de indemnización seguidas del anuncio de una oferta menor en caso de no aceptarse y tener que realizarse una oferta motivada que cumpla los requisitos que prevé la Ley. En contra de esa mala práctica, la GBP señala en su apartado 2:2:1, bajo el epígrafe de «'Ofrecimiento' a la víctima por procedimientos distintos de la oferta motivada» que: «[L]a buena práctica exige que no se lleven a cabo «ofrecimientos» resarcitorios al perjudicado que no se materialicen a través del procedimiento de la oferta motivada, ni que se condicione el contenido de la oferta motivada a la aceptación de «ofrecimientos» previos telefónicos, verbales o por escrito. La oferta motivada prevista en el art. 7. 2 y 3 LRCSCVM, su forma, contenido, plazos y demás requisitos constituyen un mecanismo esencial de protección de los intereses de los perjudicados que se considera insustituible».

En este apartado hay una gran discrepancia entre la opinión manifestada en las respuestas del sector asegurador y en las del sector de víctimas. Mientras que el primero descarta que se den todavía «ofrecimientos » u otras prácticas al margen del procedimiento legal, el sector de víctimas lo cifra en un 30-40% de los casos. En cambio, coinciden en que no se da, o se produce en pocas ocasiones, la oferta confidencial mediante abogado. Por su parte, el CCS pone de manifiesto que no ha observado problema alguno para emitir las ofertas motivadas acompañadas del informe médico definitivo incluyendo la relación de las secuelas, su puntuación y su codificación, en la forma y en los plazos que establece la normativa.

B. Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración (art. 37 LRCSCVM)

a) ***La visita y exploración del médico de la entidad al lesionado.*** Los médicos valoradores y de víctimas consideran que se debía seguir avanzando para aumentar el «deber de colaboración» entre ambas partes y, en este sentido, que era necesario establecer unos plazos razonables, tanto de preaviso al lesionado o a su representante legal, del deseo de visitar y explorar al lesionado y de realización efectiva de la visita o exploración, como para la entrega del informe médico definitivo al lesionado o representante legal.





También señalaron la necesidad de permitir que el lesionado pudiera acudir a la visita o exploración acompañado por otro perito médico o por su abogado. Por su parte, según las aseguradoras, deberían regularse con mayor detalle los deberes de colaboración entre víctima y aseguradora y si debe existir un plazo determinado para que la víctima acepte la visita y exploración de los servicios médicos que designe la entidad aseguradora. Se estima que, en la actualidad, no más allá del 5% de lesionados piden inconvenientes a la exploración médica por parte de las aseguradoras.

b) La omisión del «informe médico definitivo» o la entrega de un informe médico inexpresivo o de distinto médico al que le exploró La mala práctica de no aportar el preceptivo informe médico definitivo, o bien de aportar un informe médico sin expresión de puntuación o sin especificar grados de pérdida de calidad de vida en secuelas o en lesiones temporales, constituye otro aspecto controvertido. Las aseguradoras consideran que esta es una mala práctica excepcional o muy infrecuente, numerosas respuestas del sector de víctimas cifran el caso en una frecuencia superior al 50%.

La buena práctica demanda, «(a) respecto de las secuelas, que la oferta motivada o el informe médico definitivo que se adjunte a ella contenga su relación, los puntos asignados a cada una y la codificación que les corresponda» y «(b) respecto a las lesiones temporales, que consten, en su caso, los grados del perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida previstos en el art. 138 L RCSCVM».

Respecto al «informe médico definitivo», destacan que debe clarificarse su significado y que tal informe debe facilitarse a la víctima o a su representante legal una vez realizado por el perito designado por la entidad aseguradora y que debe ser el mismo que ha realizado el médico que ha explorado el lesionado. Abogan todos ellos por la introducción del llamado «sistema francés», que requiere la emisión del informe de valoración por triplicado, para la entrega de un ejemplar a la víctima, otro para la aseguradora y otro como documentación a guardar por el propio perito médico.

Las aseguradoras proponen la posibilidad de crear un modelo de informe médico que, con una estructura homogénea, pudiera ser utilizado por todos los médicos que llevan a cabo la valoración del daño corporal.

Finalmente, magistrados y fiscales manifiestan que no parece excesivo exigir a las víctimas la presentación de un informe médico pericial para tener que reclamar judicial o extrajudicialmente lesiones de carácter leve.

C. El cumplimiento del plazo máximo de 3 meses del art. 7.2 LRCSCVM

El art. 7.2 LRCSCVM establece que en el plazo de tres meses a contar desde la reclamación el asegurador deberá presentar una oferta o una respuesta motivadas

EL RINCÓN DE LA SONRISA: NATIVOS DIGITALES

